





22102205895

Med  
K45460







TRATTATO PRATICO

DELLE

MALATTIE CUTANEE

---



THE TWO PARTS

1811

MATTHEW GILMAN



438/4

TRATTATO PRATICO  
DELLE  
MALATTIE CUTANEE

DI  
**L. A. DUHRING, M. D.,**

PROFESSORE DELLE MALATTIE DELLA PELLE NELL' OSPEDALE DELL' UNIVERSITÀ DI PENNSYLVANIA;  
DERMATOLOGO DELL' OSPEDALE DI FILADELFA;  
MEDICO CONSULENTE DEL DISPENSARIO PER LE MALATTIE DELLA PELLE A FILADELFA;  
AUTORE DELL' «ATLANTE DELLE MALATTIE DELLA PELLE», ECC.

---

Versione italiana autorizzata sull' ultima edizione americana

DEL  
DOTT. A. SCAMBELLURI



NAPOLI  
GIOVANNI JOVENE LIBRAJO-EDITORE  
Strada della Quercia, 18.

1882.



4604

*L' Editore si riserva l' esclusivo diritto di proprietà letteraria  
per la traduzione italiana della presente opera.*

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY	
Coll.	welMOmec
Call	
No.	WR

19490198



*Philadelphia-1416 Spruce St.*

May 7 1882

My dear Doctor,

I much regret that circumstances have prevented me from earlier acknowledging the receipt of your letter and of thanking you for the copies of the translation which you have been so kind as to send me. Disp. 1, 2, 3 & 4 have been received.

Permit me to express my pleasure on the admirable manner in which you have done the work of translation. You seem to be a thorough master of the language, and the result of your labors is in every way satisfactory to me.

Faithfully your's

L. A. DUHRING

*To Dr. A. Scambelluri*

*Filadelfia-1416 Spruce St.*

7 Maggio 1882

Mio caro Dottore,

Mi dispiace molto che le circostanze mi hanno impedito di accusarvi ricevuta della vostra lettera e di ringraziarvi per le copie della traduzione che gentilmente mi avete mandato. Mi sono pervenute le Disp. 1, 2, 3, 4.

Permettetemi di farvi le mie congratulazioni per la vostra stupenda traduzione. Sembra che conosciate la lingua da maestro, e per me il risultato dei vostri lavori è sotto ogni aspetto soddisfacente.

Devotissimo

L. A. DUHRING

*Al Dr. A. Scambelluri*



Philadelphia, 14th January 1841.

My dear Sir,

I have the honor to acknowledge the receipt of your letter of the 10th inst. in relation to the proposed publication of a new edition of the "Lectures on the Principles of Geology," by the late Dr. James Hutton. I have the pleasure to inform you that the Committee have agreed to publish the same, and to do so in the form of a new edition, with such additions and alterations as may be deemed necessary.

I am, Sir, very respectfully,  
Your obedient servant,  
J. A. Cunningham

To Mr. J. Cunningham

Philadelphia, 14th January 1841.

My dear Sir,

I have the honor to acknowledge the receipt of your letter of the 10th inst. in relation to the proposed publication of a new edition of the "Lectures on the Principles of Geology," by the late Dr. James Hutton. I have the pleasure to inform you that the Committee have agreed to publish the same, and to do so in the form of a new edition, with such additions and alterations as may be deemed necessary.

I am, Sir, very respectfully,  
Your obedient servant,  
J. A. Cunningham

To Mr. J. Cunningham



# PREFAZIONE

---

Prima che ci fossimo indotti a proporre al solerte Editore sig. GIOVANNI JOVENE la stampa della nostra traduzione del **Trattato pratico delle Malattie cutanee** del Prof. D u h r i n g, avevamo coscienziosamente seguito i vari articoli bibliografici fattine dai più illustri cultori di Dermatologia in Inghilterra, in Francia e soprattutto in Germania, e quando poi avemmo il libro per le mani ci siamo pienamente convinti dei suoi grandi pregi, che ad esso aveano procurato tanti lusinghieri giudizi dagli uomini più competenti nella scienza. Chiarezza ed ordine mirabile nella disposizione delle materie, giusta proporzione fra la parte teorica e la pratica, eliminazione di tutto ciò che sarebbe stato lusso superfluo di erudizione e di letteratura, concisione senza trascurare nulla d'importante, ecco ciò che rende questo libro prezioso, massime per gli studenti i quali hanno poco tempo da perdere, e debbono del resto saper tutto ciò che vi ha d'importante circa le varie branche che studiano della scienza.

L'Autore ha evitato nel trattare i singoli argomenti qualunque discussione sulle teorie, qualunque termine che non sia di uso moderno e generale, ed ha pensato bene di non entrare affatto nella letteratura della Dermatologia, ciò che avrebbe portato il libro molto oltre i limiti di un manuale per le scuole. La nomenclatura da lui usata è quella di uso comune presso i più eminenti scrittori di cose dermatologiche, Europei ed Americani. La classificazione da lui adottata è quella di H e b r a con certi cangiamenti e modificazioni, prodotto dei suoi lunghi ed accurati studii. Le definizioni delle malattie sono fatte principalmente sotto un aspetto clinico, e ciò con l'intenzione di fare acquistare ad esse uno



scopo pratico. Quanto ai metodi curativi l'Autore ha esposto principalmente quelli che nella sua pratica ha trovato migliori e che sono più raccomandati dalla maggior parte dei dermatologi.

Di questo libro si son fatte già tre edizioni ed ora l'Autore ci ha scritto che si sta preparando una traduzione francese: ciò dimostra quanto sia buono. In Francia non mancano molti ed eccellenti trattati di Dermatologia, eppure si è creduto far cosa utile al pubblico medico presentandogli il lavoro del D u h r i n g. Molti capitoli di Dermatologia che sono abbozzati nelle altre opere che corrono per le mani dei giovani, qui hanno ricevuto un conveniente sviluppo. Per ricordarne uno basta leggere quello sui Parassiti.

L'Autore nella parte terapeutica segue il sistema di pesi e misure degli Stati Uniti, noi nel tradurre, benchè ci costasse molta perdita di tempo, abbiamo ridotto le varie formole secondo il sistema metrico decimale, e con ciò stimiamo di aver fatto opera grata agli studenti, altrimenti l'opera per questi non avrebbe avuto uno scopo pratico e sarebbe stata per metà inutile.

Speriamo che il pubblico medico farà buon viso a questa traduzione e ne darà un giudizio non diverso da quello dato dallo Autore e da diversi eminenti Dermatologi delle nostre Università.

Napoli 10 Agosto 1882.

**A. SCAMBELLURI.**

# MALATTIE CUTANEE

---

## PARTE PRIMA

### CONSIDERAZIONI GENERALI

---

#### ANATOMIA E FISIOLOGIA

La pelle è una copertura che avvolge il corpo completamente. Essa è una membrana flessibile dotata di elasticità e di estensibilità. Alla sua superficie trovansi molte linee o segni di estensione e forma svariate e che specialmente sono rilevanti attorno alle mani ed ai piedi. Intorno alle articolazioni e sulla faccia si notano solchi più larghi e più sensibili. Si vedono altresì molte depressioni appena abbozzate alla superficie della cute, agli orificii dei dotti glandolari e dei follicoli piliferi. In quasi tutte le regioni del corpo vi sono peli, sottili o grossi, e in certe parti sono più sviluppati che in altre.

Al tatto la pelle dà una sensazione di mollezza e di levigatezza quasi untuosa. Il suo colore varia moltissimo; si osservano tutte le gradazioni dal bianco rosa al nero, secondo le razze. Varia pure la sua grossezza, secondo i siti del corpo; è più grossa sul dorso, sulle natiche, alla palma delle mani ed alla pianta dei piedi; sottilissima sulle palpebre.

La pelle si deve ritenere come organo del tatto, per mezzo del quale si acquista una nozione degli oggetti coi quali andiamo in contatto. È sensibilissima e perciò possiamo mercè sua distinguere il caldo dal freddo, il duro dal molle, ed altre qualità opposte e gradi di differenze. Questa sensibilità varia secondo le diverse parti del corpo; è grandissima alla punta delle dita.

Considerandola fisiologicamente è dotata della virtù di assorbimento. Roehrig (1) trovò che un arrabbiato, il cui corpo fu messo in un recipiente pieno d'idrogeno solforato in modo che quest'ultimo penetrava nell'organismo soltanto a traverso la pelle, morì coi sintomi di avvelenamento di questo gas. Un risultato simile si ottenne con l'acido carbonico. È ben noto che i bagni solfo-

---

(1) Archiv für Heilkunde, xiii., pp. 341-348.



rosi agiscono favorevolmente nell'avvelenamento saturnino perchè si assorbono i loro costituenti gassosi. Alcune sostanze liquide, come il cloroformio, la tintura di iodo, la pece liquida e l'acido carbolico, anche si assorbono. La questione dell'assorbimento dell'acqua e delle soluzioni acquose è stata molto discussa e finora non si può ritenere come risolta. In favore di questo assorbimento sta il noto fatto che i bagni contenenti sublimato corrosivo agiscono favorevolmente nelle malattie sifilitiche, essendo il mercurio evidentemente assorbito. Le pomate di alcune specie, come la mercuriale, sono anche assorbite rapidamente dalla pelle e costituiscono un mezzo frequente per agire contro malattie generali, come ad esempio la sifilide (1). Ancora non è stato ben definito se le sostanze assorbite penetrano attraverso la superficie generale o dalle aperture delle glandole. Complessivamente possiamo considerare la pelle come organo che ha una virtù assorbente indiscutibile, ma in grado limitato.

La pelle segrega sostanza sebacea e sudore, che servono a darle mollezza ed elasticità. Qualche regione dà questi secreti più abbondantemente di altre; per esempio il cranio è riccamente provvisto di glandole sebacee e l'ascella di glandole sudorifere.

La funzione della perspirazione è importantissima ed esercita una grande influenza sull'organismo; quando avviene in un modo impercettibile, dicesi *insensibile*; quando energicamente, dicesi *sensibile*. La quantità di secreto normalmente data nelle ventiquattro ore, da un adulto, è stata valutata da Roehrig (2) a circa 372 grammi.

In certe circostanze però può aumentare moltissimo tanto che in un bagno d'aria calda, per esempio, in mezz'ora se ne può segregare una libbra e mezza.

Alcuni gas, come l'acido carbonico probabilmente l'azotico ed altre sostanze, sono eliminati dal corpo per la via delle glandole sudorifere.

La massa dell'acido carbonico emessa dalla pelle varia in proporzione a quella emessa dai polmoni da 1:25 a 1:92. L'escrezione è aumentata dal cibo ed anche dalla temperatura alta, nonché dagli irritanti applicati sulla pelle. Aumenta notevolmente in certe malattie dei polmoni e nelle bronchiti. È stato asserito che la pelle esercita una vera funzione respiratoria ma ciò non è stato dimostrato; nè l'assorbimento dell'ossigeno dalla pelle, che alcuni osservatori hanno asserito, è stato positivamente confermato.

La pelle, guardata anatomicamente, ha una struttura complessa. Consiste di parti, alcune delle quali sono essenziali e non mancano mai, mentre altre si trovano soltanto nella pelle di certe regioni. Fra le prime sono l'epidermide, il derma ed il tessuto connettivo sottocutaneo: fra le ultime, chiamate *appendici*, sono le glandole

(1) Veggasi Auspitz, Ueber die Resorption ungelöster Stoffe bei Säugetieren. Wiener Med. Jahrb., 1871. Riassunto dall'autore. Phila. Med. Times, vol. i No. 24. Neumann, Ueber die Aufnahme des Quecksilbers durch die unverletzte Haut. Wien. Med. Wochenschrift, 1871. Anche, Roehrig, loc. cit.

(2) Die Physiologie der Haut, Berlin, 1876.

sebacee, le glandole sudorifere, i peli e le unghie. Oltre alle parti suddette la pelle contiene vasi sanguigni, linfatici e nervi.

Per trattare completamente questo argomento è necessario studiare i varii elementi della pelle ad uno ad uno.

#### EPIDERMIDE.

L'epidermide o cuticola è una membrana totalmente composta di cellule, che coprono il derma in tutte le sue parti, modellandosi con precisione alle varie eminenze e depressioni di esso. Risulta secondo Kleine e Smith (1), le cui opinioni sono confermate di quelle di Langerhans (2) e di Unna (3) dei seguenti strati: (a) strato corneo; (b) strato lucido, (c) strato granuloso; (d) strato mucoso.

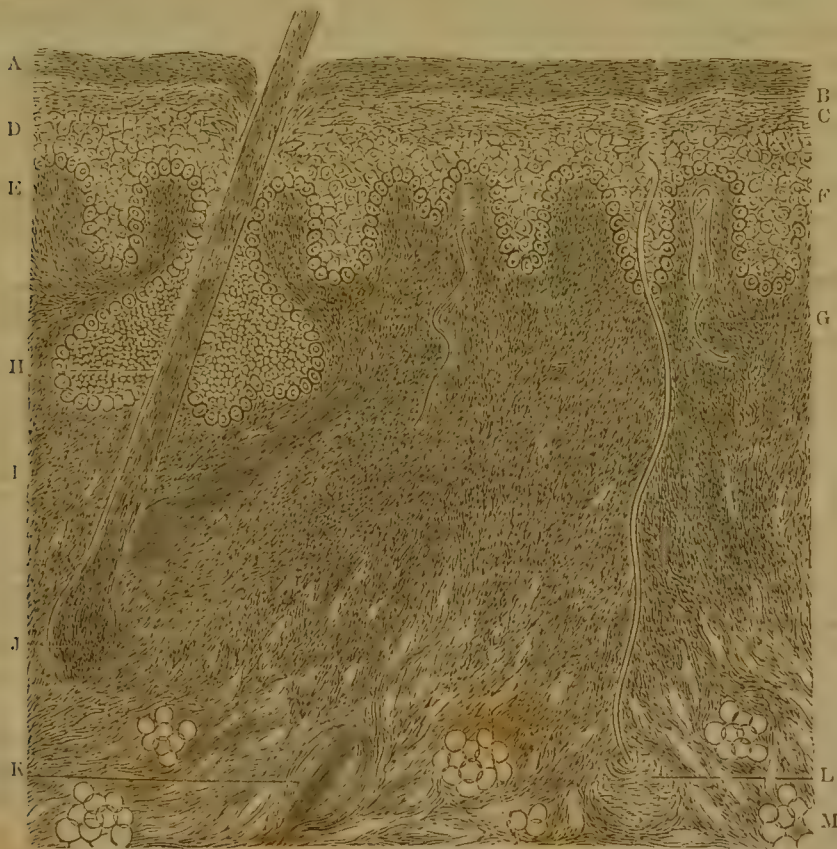


Fig. 1.—SEZIONE DELLA PELLE NORMALE. A, Strato corneo dell'epidermide. B, Strato lucido. C, Strato granuloso. D, Strato mucoso. E, Derma con papille. F, Corpuscolo tattile. G, Papilla con ansa vascolare. H, Glandola sebacea. I, Muscolo erettore del pelo. J, Pilo. K, Corpuscolo di Pacini. L, Glandola sudorifera. M, Tessuto connettivo sottocutaneo.

**Stratum corneum.**—*Strato corneo.*—Questo è lo strato esterno o superficiale e costituisce la parte superiore dell'epidermide. Con-

(1) Atlas of Histology, Phila. 1879, p. 15.

(2) Archiv. f. Mik. Anat, Bd. ix, 1873.

(3) Ibid., Bd. xii, 1876.



siste di molte cellule, di struttura uniforme e così strettamente congiunte fra loro in forma di strati, l'una sull'altra, da presentare l'aspetto di una massa solida. Distaccato dalla pelle e guardato in complesso sembra una membrana biancastra ed opaca che varia di grossezza e densità secondo la parte da cui è stato preso. La sua struttura intima può conoscersi solamente isolandone gli elementi costitutivi, ed allora si vede composto di molte cellule o lamine solidamente aderenti, schiacciate e poligonali. Esse mancano di nucleo.

Negli strati più superficiali divengono più schiacciate e più poligonali ed alla superficie sono come squame aggrinzite e sminuzzate, o come lamine cornee. Misurano circa  $\frac{1}{84}''$  (0.0252 mm.).

**Stratum lucidum.**—Lo strato lucido (di Schrön) è una membrana brillante omogenea composta di scaglie strettamente ammassate, in alcune delle quali, secondo Klein e Smith, si distinguono talvolta tracce di nuclei in forma di bastoncini.

**Stratum granulosum.**—*Strato granulare.*—Lo strato granulare (di Langerhans), chiamato anche strato delle cellule granulari, è uno strato di cellule schiacciate, che nella sezione verticale sembrano fusiformi, ciascuna, secondo Klein e Smith, con un nucleo più o meno distinto dal cui poli partono granuli simili a bacchettine o a dischi, che diminuiscono gradatamente a misura che dal nucleo si va all'esterno.

**Stratum mucosum.**—*Strato mucoso.*—*Rete mucosum.*—*Rete di Malpighi.*—Esso sta sotto lo strato granulare ed in contatto diretto col *derma*. Consiste di uno strato molto profondo di cellule più o meno cilindriche, ciascuna delle quali ha un nucleo ovale; indi seguono parecchi strati di cellule poliedriche, ciascuna delle quali ha un nucleo più o meno sferico. Le cellule poliedriche sono connesse le une alle altre da sottili filamenti, dalle così dette punte delle cellule a punte. La sostanza di queste cellule, secondo Heitzmann (1) non è semplicemente granulare, ma è una rete, giacchè le punte sono separate l'una dall'altra da una sostanza cementante trasparente. Verso la superficie le cellule e i loro nuclei divengono più schiacciati. La superficie più bassa della rete di Malpighi non è piana, ma si modella sulle papille del *derma*. Le cellule della rete possono essere isolate da reagenti chimici e tutta l'epidermide si può isolare dal *derma* con mezzi consimili.

Una volta si credette che lo strato corneo dell'epidermide derivasse dal mucoso; in altre parole che le cellule dello strato corneo fossero precedentemente cellule dello strato mucoso. Le ricerche di Langerhans (2), confermate da Piffard (3) e da altri, mostrano che questo è un errore. Come Piffard afferma « le cellule della rete rimangono sempre tali e non divengono cornee, e le cellule dello strato corneo non sono state mai cellule della rete. Ciascuno strato si rigenera indipendentemente dall'altro ». La linea evidente di separazione fra le cellule della rete e quelle dello strato corneo, ed il contrasto fra le cellule fusiformi dello strato corneo

(1) Transactions of the American Dermatological Association, 1878.

(2) Loc. cit.

(3) Treatise on Diseases of the Skin., New-York, 1876, p. 7.

e le cellule poligonali a punta della rete, si possono ricordare come argomenti confermativi di questa opinione. Le cellule dello strato mucoso, inoltre, sono nucleate, a punta e pigmentate; quelle dello strato corneo non sono così. Le prime assorbono il carminio rapidamente e rigettano l'acido picrico. Le cellule della rete sono igroscopiche e sono facilmente permeabili ai liquidi, quelle dello strato corneo non sono igroscopiche e non sono permeabili ai liquidi, sotto qualsiasi pressione.

La grossezza dell'epidermide varia molto; è sottilissima intorno alle labbra ed in altre parti della faccia, e molto grossa alla palma delle mani ed alla pianta dei piedi. Misura da  $\frac{1}{75}$ ''' (0,0282 mm.) a 1''' (2,116 mm.) o più.



Fig. 2. — EPIDERMIDE E STRATO PAPILLARE. A, Strato corneo dell'epidermide. B, Strato lucido C, Strato granuloso. D, Strato mucoso. E, Strato papillare del derma.

La sua superficie presenta una serie di solchi o di rilievi lineari. Se ne possono distinguere due specie: una varietà più larga e più profonda, che s'incontra vicino alle articolazioni ed alle piegature del corpo; ed una più piccola, più superficiale, che solca tutta la superficie cutanea in diverse direzioni ed è prodotta dalla disposizione delle papille del derma. Queste ultime si vedono in tutte le regioni della pelle, a mo' di mosaico, che s'intersecano e circoscrivono piccoli spazii poligonali. Tutte e due le specie hanno un ufficio nei movimenti del corpo e della cute stessa. C. Langer ne ha fatto argomento di pazienti studi e più recentemente Oscar Simon (1).

(1) Die Localisation der Hautkrankheiten, histologisch und klinisch bearbeitet. Mat 5 Tafeln. Berlin, 1873.



DERMA (*corium*),

Il derma, chiamato anche cute e pelle, è la parte più importante del tegumento del corpo. È una membrana resistente, per la maggior parte costituita da connettivo, con fibre elastiche e contiene vasi sanguigni, nervi, linfatici, muscoli lisci, peli, glandole e cellule adipose. È diviso in due porzioni, una superiore ed una inferiore, chiamate rispettivamente strato papillare e strato reticolare.

**Strato papillare.**—*Pars papillaris*.—È così chiamato per la sua formazione speciale. È composto di un tessuto fitto, con certe prominenze e prolungamenti sottili, simili a dita, nomati *papille*. Questi corpi variano per volume e per forma secondo la regione in cui stanno. Sono piccoli, in forma di protuberanze simili a capezzoli, di struttura solidissima, di forma irregolarmente conica o simili a clave. Essi o sono isolati, o congiunti da una base comune; in questo ultimo caso chiamansi *papille composte*. Il loro volume varia molto. Misurano in media circa  $\frac{1}{30}$ ''' (0,0705 mm.). Si trovano formati molto completamente alle superficie interne delle dita della mano e del piede, ove hanno la forma di corpi allungati e conici con base circolare. Sulla faccia sono più corte e sono composte da prominenze ottuse, come verruche. La loro disposizione parimenti è varia. Nondimeno per la maggior parte sono disposte o in linee strette o a semicerchio. Sulle polpastrella delle dita stanno una accanto all'altra a strie, giacchè due o più file di esse stanno entro uno dei solchi esterni dell'epidermide visibili ad occhio nudo. Sono numerosissime alla palma delle mani, alla pianta dei piedi ed alla matrice delle unghie. Meissner (1) ne contò nell'estremità di un dito quattrocento in una linea quadrata (2,116 mm.). Secondo Sappey (2) il numero totale nella superficie del corpo è di 150,000,000.

Le papille possono essere di due specie, secondo la loro struttura interna, *vascolari* e *nervose*, o *sensorie*. Le prime sono copiosamente provvedute di vasi sanguigni, mentre le ultime sono in gran parte costituite da un tessuto speciale contenente elementi nervosi e non ha che una scarsa vascolarità.

Secondo Auspitz (3) la formazione dello strato papillare nell'embrione è consecutiva a quella dell'epidermide. Questa comincia verso la fine del terzo mese ad estendersi in giù spingendosi nel tessuto del derma in forma di prolungamenti digitali simili alle impressioni che lasciano le dita premute sulla cera molle, che formano al tempo stesso le glandole e i follicoli piliferi.

**Strato reticolare.**—*Pars reticularis*.—Lo strato papillare si confonde col reticolare senza una linea di confine distinta, giacchè la differenza fra questi strati consiste nella disposizione delle fibre del tessuto connettivale.

(1) Beiträge zur Anat. und Phys. der Haut. Leipzig, 1853.

(2) Traité d'Anatomie, t. iii, Paris, 1872.

(3) Ueber das Verhältniss der Oberhaut zur Papillarschicht. Archiv. f. Derm. n. Syph., 1870, p. 31.

La porzione reticolare ha una struttura più rilassata di quella dello strato papillare, ed è costituita da fascetti di tessuto connettivo che si decussano e danno ad essa un aspetto plessiforme. A misura che questi fascetti di tessuto ascendono verso la superficie si vede che si dividono e suddividono in altri più piccoli e più sottili fino a che raggiungono la parte papillare, ove soltanto poche fibre s'incrocicchiano. Essa forma la massa del derma.

La grossezza del derma varia nelle diverse regioni. Kölliker (1) in media la ha valutata da  $\frac{1}{8}$ ''' (0,2645 mm.) ad  $1\frac{1}{2}$ ''' (3,174 mm.); nella maggior parte dei punti ha circa  $\frac{1}{4}$ ''' (0,5290 mm.). È grossissimo alle piante dei piedi, alle palme delle mani, alle natiche, al dorso, ed è sottilissimo alle palpebre, al prepuzio, ed alle grandi labbra.

Il derma confina in sopra collo strato mucoso dell'epidermide, ed in giù col tessuto connettivo sottocutaneo, col quale a gradi a gradi si confonde.

#### TESSUTO CONNETTIVO SOTTOCUTANEO.

Questa porzione del tegumento è fatta da fascetti del tessuto connettivo comune, i quali s'incrociano a vicenda e formano una grossolana reticella. In paragone del derma ha una struttura meno fitta e per lo più contiene grasso in copia. Questo è abbondantissimo intorno alle glandole mammarie, alla palma delle mani ed alla pianta dei piedi. In alcune regioni, pertanto, il tessuto connettivo sottocutaneo non ha grasso, come intorno alle orecchie ed alle palpebre. Nei siti ove i globuli di grasso sono numerosi, lo strato chiamasi *tessuto adiposo* o *pannicolo adiposo*.

J. Collins Warren (2) descrive prolungamenti cilindrici di questo tessuto, o colonne di grasso, che passano quasi in direzione verticale dal tessuto adiposo alle basi dei follicoli piliferi, massime a quelle dei fini peli. Ciò si nota ove la cute è eccezionalmente grossa come sul dorso e sulle spalle. Gli assi di queste colonne sono paralleli a quelli dei muscoli erector pili. Oltre al grasso le colonne contengono una glandola sudorifera e servono da canali ai vasi sanguigni ed ai linfatici. Dal punto da cui ascendono, dal pannicolo, una massa di tessuto connettivo in forma di cono è inviata dal margine più basso della cute, e si spinge per un certo tratto nel tessuto adiposo, dando ad esso un aspetto lobulato. A questi fascetti di fibre alludono gli scrittori francesi nel parlare dei *coni fibrosi* e sono i legami della pelle colle parti sottostanti. Il Dottor Warren è d'opinione che queste « colonne adipose » danno flessibilità all'integumento grosso e facilitano l'azione dei muscoli erettori, e che probabilmente hanno un'influenza anche sulla nutrizione degli strati superiori della pelle e delle sue glandole; che, inoltre, nelle malattie fanno da confine agli elementi morbosi che vi premono da sotto. Esempi di ciò sono stati veduti nel sarcoma a cellule rotonde del tessuto connettivo sottocutaneo, nei *nei* e nel carbuncchio il cui speciale aspetto è dovuto a questa struttura. Le rac-

(1) Manual of Human Microscopic Anatomy. London, 1860, p. 66.

(2) Boston. Med. and Surg. Journ., April 19, 1877.



colte o lobuli di grasso consistono di cellule adipose rotonde od ovali fittamente addensate insieme e racchiuse in una rete.

Secondo Biesiadecki (1) le cellule adipose hanno una membrana sottilissima, contenente una piccolissima goccia di grasso che tiene tanto tesa la membrana da rendersi appena visibile durante la vita. Nondimeno il grasso può essere estratto coll'etere e dopo si distingue la sottile membrana ed un nucleo rotondo. Ciascun globulo adiposo è provveduto di un sottil plesso di vasi sanguigni ed ogni cellula è inoltre circondata da un sottilissimo vaso capillare. Vasi sanguigni grandi passano attraverso il connettivo sottocutaneo, inviando rami al derma ed agli elementi di esso. Vi si osservano pure corpuscoli di Pacini e linfatici.

Superiormente si confonde intimamente col derma, mentre i suoi strati più profondi stanno in rapporto colla fascia superficiale dei muscoli. La presenza o la mancanza di grasso in questo strato della pelle determina in certo modo la forma esterna del corpo.

#### VASI SANGUIGNI.

Il derma è un tessuto vascolarissimo attraversato da molti vasi sanguigni, in forma di tronchi vascolari o di capillari. I vasi principali ascendono dal tessuto connettivo sottocutaneo e inviano rami lateralmente in tutte le direzioni, provvedendo le glandole ed i follicoli piliferi non che il derma stesso. Verso lo strato papillare vi è un plesso di capillari delicato e organizzato in alto grado, che nutre copiosamente questa regione. Le papille ricevono capillari, che corrono nel loro centro, o ai lati di esse, parallelamente al loro lungo asse. Siccome le papille contengono elementi nervosi sono fornite di elementi capillari finissimi (2).

#### LINFATICI.

La pelle è riccamente fornita di vasi linfatici. Neumann (3) li ha dimostrato nelle papille, negli strati più profondi del derma, nei tessuti sottocutaneo ed adiposo, ed in rapporto coi follicoli piliferi e colle glandole sudorifere. Secondo questo osservatore presentano un sistema tubulare, con pareti a se, il cui interno è rivestito da epitelio pavimentoso. Queste pareti mostrano quà e là aperture; perciò non vi è nessuna comunicazione coi cosiddetti spazii linfatici. La anatomia di questi, chiamati anche canali nutritivi, ancora non è bene conosciuta (4).

I risultati delle ricerche di Biesiadecki e di Neumann mostrano che vi è una certa relazione speciale fra i vasi sanguigni ed i linfatici della pelle; per lo più si vede che vanno insieme. Non-

(1) Stricker's Human and Comparative Histology. London, 1872, vol. ii., p. 219.

(2) Veggasi Thin, Jour. of Anat. and Phys., v. viii, 1874, p. 37.

(3) Zur Kenntniss der Lymphgefäße der Haut des Menschen und der Säugethiere. Wien, 1873. Riassunto dall'autore Phila. Med. Times, v. iii, n. 43.

(4) Per altre cognizioni si legga Biesiadecki, Stricker's Human and Comparative Histology, v. ii, p. 225.

dimeno spesso trovansi, indipendentemente dai vasi sanguigni, grossi linfatici.

I linfatici del derma formano due reti chiuse e distinte, di cui la più profonda è la più estesa. Nelle pareti dei vasi linfatici più grossi del connettivo sottocutaneo sono state dimostrate valvole; però nei più principali non sono state vedute.

I follicoli piliferi, le ghiandole sebacee e sudorifere, hanno ciascuno un sistema di capillari linfatici proprio. Intorno allo scroto, al prepuzio ed alle grandi labbra vi sono moltissimi linfatici.

#### NERVI.

A causa della difficoltà che s'incontra a dimostrare gli elementi nervosi, le nostre conoscenze su questo argomento sono state molto scarse fino a pochissimo tempo dietro. Nella pelle vi sono fibre nervose con midolla e senza; le prime terminano, d'ordinario, con corpicciuoli, chiamati corpuscoli di Pacini e corpuscoli tattili; mentre le ultime, cioè le fibre senza midolla, finiscono con un plesso delicato negli strati superiori della pelle e della rete mucosa. Amendue queste varietà di nervi accompagnano i più importanti vasi sanguigni; i grossi tronchi nervosi provengono dal connettivo sottocutaneo e si suddividono nel derma, prendendo direzioni diverse secondo la regione alla quale si devono distribuire.

**Nervi midollari.** — Sotto questo nome dobbiamo studiare i corpuscoli tattili e di Pacini.

#### CORPUSCOLI TATTILI.

Questi corpi si chiamano anche corpuscoli del tatto, corpuscoli di Meissner e corpuscoli di Wagner. Sono ovali o rotondi e trovansi nelle papille del derma, attaccati alle fibre nervose fornite di midolla. D'ordinario occupano la maggior parte della papilla e si possono vedere nei preparati di tagli della cute, come corpi grossi, ben circoscritti, di aspetto solido, con una superficie esterna striata trasversalmente. Secondo recenti studii, massime quelli di Langerhans (1) e di Thin (2) consistono di una massa di cellule nucleate, probabilmente di tessuto connettivo, tenute strettamente congiunte da delicate fibre di connettivo.

Una fibra nervosa midollare penetra dalla base in ciascun corpuscolo, e si avvolge con un giro variabile intorno all'elemento ed attraversa al suo interno, terminando entro al corpuscolo, come ha determinato Langerhans, con un'estremità in forma di clava.

Le papille che contengono corpuscoli tattili chiamansi papille sensitive; come le cosiddette papille vascolari, hanno vasi sanguigni, come che più piccoli. Sono state dimostrate da Thin. Gli osservatori hanno opinioni diverse circa l'esistenza di una membrana incapsulante del corpuscolo. Il numero dei corpi tattili varia nelle diverse regioni del corpo; sono più numerosi sulle dita, massime sulle ultime falangi. Si trovano anche alla palma delle mani ed alla

(1) Archiv. für Mikroskopische Anat., 1873, p. 730.

(2) Journ. of Anat. and Phys., 1874, p. 30.



pianta dei piedi, come in qualsiasi altra parte del corpo. Meissner, che dedicò molto tempo allo studio di questi corpuscoli, accertò che, fra quattrocento papille sopra una linea quadrata della pelle dell'ultima falange del dito, cento otto erano fornite di corpuscoli tattili. Lo stesso osservatore dice che variano da  $\frac{1}{20}'''$  (0,1058 mm.) ad  $\frac{1}{10}'''$  (v. 2116 mm.) di lunghezza e che hanno circa  $\frac{1}{40}'''$  (v. 0529 mm.) di larghezza.

Come i corpuscoli di Pacini, bisogna ritenere che contengono le estremità terminali delle fibre nervose midollari.

#### CORPUSCOLI DI PACINI.

I corpuscoli di Pacini (così chiamati da Pacini, anatomico italiano), detti pure corpuscoli di Vater, sono grossi, ben delineati, ovali o in forma di olive, e si trovano in diverse regioni, ma sono più numerosi alle palme delle mani ed alle piante dei piedi, alle dita delle mani e dei piedi, massime nelle ultime falangi. Il loro volume è molto variabile, in media da  $\frac{1}{2}'''$  (1,058 mm.) a  $2'''$  (4,232 mm.) e stanno nel tessuto connettivo sottocutaneo.



Fig. 3. — CORPUSCOLO PACINIANO (disegnato secondo le osservazioni di Schäfer) che mostra una fibra nervosa midollare la quale penetra nel corpuscolo dalla sua estremità inferiore; si vedono pure l'involucro capsulare, l'interno e la fibra centrale.

Ciascun corpo Paciniano sta in rapporto con un tronco nervoso per mezzo di una fibra nervosa midollare, la quale entra nel corpuscolo dalla sua estremità inferiore e passa attraverso il centro di esso, terminando in uno dei diversi modi che diremo. Secondo Biesiadcki (1) un vaso sanguigno di notevole calibro entra nei corpuscoli presso alla fibra nervosa e forma un plesso fra gli strati esterni dell'involucro capsulare.

La struttura intima del corpuscolo, secondo Klein e Smith (2), Key e Retrins (3) e Schäfer (4) si può ritenere che risulti di

(1) Loc. cit., p. 233.

(2) Loc. cit.

(3) Archiv. für Mikroskop. Anat., Bd, ix., 1873.

(4) Quarterly Journ. of Micros. Science, April 1875.

tre parti — la fibra centrale, la cavità e l'involucro capsulare. La fibra centrale, continuazione del nervo di entrata, conserva un calibro uniforme attraverso tutto il corpo fino a che raggiunge la sua estremità lontana, ove ordinariamente si allarga, terminando o in forma di dilatazione di volume e forma irregolari, o con processi a punta o biforcati. È composto di molte fibrille che s'incrocicchiano fra di loro in direzione molto obliqua.

Il corpo è situato immediatamente intorno alla fibra centrale, consiste nella sua porzione più interna di sostanza omogenea non nucleata. La sua parte esterna è composta di cellule protoplasmatiche, simili a corpuscoli di tessuto connettivo, di cui ognuna ha un nucleo evidente ed ovale.

L'involucro capsulare, che circonda il corpo, dà forma e mole al corpuscolo ed è costituito di un certo numero di capsule disposte concentricamente intorno ad una massa chiara, allungata, centrale; presenta quindi una striatura concentrica, e ciascuna stria corrisponde ad una capsula, veduta di profilo. Ciascuna capsula è composta di tre parti: (a) una membrana ialina fondamentale probabilmente elastica; (b) in questa membrana fondamentale stanno incastrate fibre sottili di tessuto connettivo, disposte o regolarmente in uno o due strati, ovvero irregolarmente, ma sempre in direzione trasversale; (c) nella superficie interna della membrana fondamentale vi è una membrana endoteliale, composta di un solo strato di cellule epiteliali, nucleate, schiacciate.

Gli strati più interni del corpuscolo sono disposti in fitte serie l'uno sull'altro, mentre le lamine più esterne sono più grosse e meno strettamente congiunte.

Considerato complessivamente, il corpuscolo di Pacini si deve ritenere come una delle forme della terminazione della fibra nervosa midollare.

*Nervi amidollari.* — Le ricerche di Klein e di Smith (1), di Podcopaew (2) e di Langerhans (3) dimostrano che sottili branche nervose contenenti una, due o più fibre nervee, quando si avvicinano alla superficie dell'epitelio, si congiungono in un plesso, che chiamasi plesso subepiteliale. Da queste emanano fine fibrille isolate, o piccoli gruppi di fibrille elementari, che stanno vicinissime alla superficie inferiore della rete di Malpighi, e dopo di aver formato una rete a larghe maglie — rete sub-epiteliale — penetrano nella rete di Malpighi, ove ascendono verso lo strato corneo, e presso alla superficie formano nuovamente plessi sottili. Così sembra che un plesso nervoso distinto esista fra la rete mucosa e l'epitelio a squame, proprio.

Ben poco si conosce dei nervi vaso-motori della pelle, che sia alquanto certo. Probabilmente sono di due varietà, quelli connessi col sistema nervoso centrale, e quelli connessi coi plessi ganglionici delle vicinanze immediate della pelle stessa. Essi spiegano un'influenza sul sistema cutaneo vascolare, muscolare e glandolare, cagionando aumento o diminuzione della circolazione, come nello

(1) Loc. cit.

(2) Archiv. für Mikroskop. Anat., Bd. V., 1869.

(3) Virchow's Archiv., Bd. xliv., 2 e 3 Hest.



arrossirsi e nello impallidirsi della pelle; contrazione dei muscoli, come nella cute anserina, o quando i peli stanno ritti, e profuso sudore, locale, o, più raramente generale. Ognuno di questi fenomeni può dipendere da influenze esterne che si spiegano sulla pelle, o ponno essere l'effetto di cause interne, -fisiche o morali.

#### MUSCOLI.

Nella pelle troviamo fibre muscolari striate e lisce. Le prime stanno soltanto in certe regioni del corpo, come la faccia, provenienti dagli elementi più profondi e terminando nel derma. Le fibre muscolari lisce si trovano o come plessi anastomizzantesi e decorrenti orizzontalmente, come nello scroto; o come fascetti, in rapporto coi follicoli piliferi. Come *erectores pili* o erettori del pelo si trovano in forma di nastri piatti, che, partendo dalla parte superiore del derma, lo attraversano obliquamente e sono attaccati al follicolo pilifero sotto la glandola sebacea. Molti peli hanno due muscoli che passano intorno all'uno e all'altro lato della glandola.

I muscoli della pelle generalmente trovansi su tutto il corpo e sono molto sviluppati sul cranio, sullo scroto e sul pene. Le ricerche di Kölliker mostrano che stanno disposti a strati circolari intorno all'areola del capezzolo e divengono più rilevanti da fuori in dentro per quanta è l'estensione della base del capezzolo. Nel capezzolo formano una fitta rete. La contrazione di questi muscoli è la causa della *cute anserina*, o *pelle d'oca*.

#### PIGMENTO.

Il colore generale della pelle dipende da un deposito di pigmento o sostanza colorante nelle cellule dello strato mucoso dell'epidermide. Consiste in una leggiera colorazione delle cellule stesse, con un colore più forte dei loro nuclei, non che nella presenza di fini granuli di pigmento nelle cellule. Una o più lamine dello strato mucoso possono contenere cellule pigmentate, che al microscopio si mostrano come una linea scura appunto sullo strato papillare del derma. Lo strato pigmentario sta sempre nelle cellule più profonde dello strato mucoso. Il derma non è mai sede di pigmentazione normale.

Il colore della pelle varia dal bianco al nero nelle diverse razze. Varia anche da una sfumatura chiara ad una oscura nei diversi individui della stessa razza, dando origine al colore delle persone dette bionde e brune. In certe parti del corpo la pelle è sempre relativamente più scura; come sullo scroto, sulle grandi labbra, sul perineo, sui capezzoli e sulle areole. Questa diversità deve essere semplicemente ad un aumento della quantità ordinaria di pigmento, il quale è copioso nei suddetti punti. Nella razza bianca le cellule pigmentate per la maggior parte sono bianco-giallastre e una alla vascolarità del derma, producono la tinta rosea incarnata della pelle. Nelle razze colorate, inclusa la negra, lo strato mucoso è più o meno colorato. Gli strati più profondi di cellule sono sempre i più intensamente colorati. In questi casi lo strato corneo dell'epidermide ha anche una tinta un-po' scura.

## GLANDOLE SUDORIFERE.

Le glandole del sudore o sudorifere sono corpi convoluti, situati profondamente nel derma, o, come accade più spesso, nel tessuto connettivo sottocutaneo. Sono glandole tubolari, attorcigliate in forma di gomito, ed aperte alla superficie cutanea per mezzo di un canale, chiamato dotto escretore. Questo dotto comincia nella glandola ed ascende perpendicolarmente attraverso la pelle e l'epidermide, passando fra le papille del derma ed aprendosi alla superficie dell'epidermide. Quando passa nell'epidermide tende ad assumere un corso spirale, facendo un certo numero di giri e finalmente termina con piccolissima apertura in forma d'imbuto, o *poro*. Alle palme delle mani ed alle piante dei piedi sono larghe e si possono vedere ad occhio nudo. I dotti sono di varia lunghezza secondo il sito della glandola.

La glandola è piccola, rotonda, gialla, di vario volume secondo la regione del corpo. Nell'ascella, ove formano uno strato quasi continuo sotto il derma, sono più grosse di qualunque altro sito e raggiungono un diametro di  $\frac{1}{2}$ " (1,058 mm.) a  $1\frac{1}{2}$ " (3,174 mm.). In altre parti del corpo misurano circa  $\frac{1}{6}$ " (0,3526 mm.).

La lunghezza del tubo non contorto è stata valutata (1) in media circa un quarto di pollice che darebbe una lunghezza totale di più di quaranta mila piedi o circa otto miglia di tuboli perspiratorii.

Secondo Hürschelmann (2) si trovano glandole sudorifere in tutte le parti della pelle. Sono numerosissime, essendo valutate a 2,381,248 da Krause (3). Prendendo tutta la cute il numero delle glandole in media è di 1000 per ogni pollice quadrato; ma variano molto nelle diverse parti del corpo, contandosene, 417 per pollice quadrato nel collo, nel dorso, e nella natica, ove sono meno numerose: 2685 alla pianta del piede e 2736 alla palma della mano. Sono largamente fornite di vasi sanguigni, che le avvolgono completamente come in una rete. In connessione con tutte le glandole perspiratorie trovansi muscoli, tranne, secondo Hürschelmann (4) con quelle del cranio.

La secrezione delle glandole varia di qualità secondo il loro volume ed il loro sito. Le più piccole danno un liquido chiaro e trasparente, mentre le più grosse producono lo stesso liquido con cellule di grasso e molti granuli con nuclei liberi (5). Questo ultimo prodotto si deve considerare come proveniente dalle pareti dei tuboli glandolari. Siccome la rete Malpighiana contiene una larga quantità di liquido, e lo strato corneo propriamente detto, è molto coerente, questi strati non traggono nulla dalla perspirazione; ma lo strato superficiale, lo strato corneo polverulento fosforaceo o poroso, ne raccoglie una grande copia nei suoi interstizii. La perspirazione, quando raggiunge questo punto, rassomiglia ad una riviera

(1) Piffard, loc. cit., p. 15.

(2) Inaug. Diss., Dorpat, 1875, Cbl. f. Med., v. 11, 1876.

(3) Kolliker, loc. cit. p. 125.

(4) Loc. cit.

(5) Kolliker, loc. cit., p. 127.



perduta nelle sabbie; quasi tutto il liquido sparisce (1). Ciò cagiona il fenomeno che il sudore emesso nelle circostanze ordinarie resta invisibile e si rende insensibile all'occhio; soltanto quando questa secrezione è prodotta abbondantemente giunge alla superficie cutanea in forma di gocce distinte.

Il sudore ha un odore speciale, che varia nelle diverse parti del corpo e nei diversi individui, un sapore salino ed ordinariamente una reazione acida, dovuta agli acidi grassi che contiene. È composto quasi totalmente di acqua, giacchè contiene meno del 2 per cento di sostanze solide, di cui due terzi sono sostanze organiche. I solidi inorganici sono principalmente composti di cloruri, solfati, fosfati e carbonati di potassio e di sodio, con fosfati terrosi. Nel sudore probabilmente non vi è ammoniaca tranne come prodotto di decomposizione. I costituenti organici del sudore, come asserisce Roehrig, sono principalmente urea ed acido formico, acetico, lattico e possibilmente altri acidi organici. Dalla presenza di questi acidi dipende l'odore speciale del sudore. Inoltre vi sono margarina, stearina ed anche colestearina. In speciali malattie il sudore può acquistare diversi colori, come nella cromidrosi; o impregnarsi di diverse sostanze organiche, come urea (nell'uridrosi), albumina, bile, zucchero, ecc. Certe sostanze introdotte nel sangue sono escrete colla perspirazione. Tali sono, ad esempio, il ioduro di potassio e gli acidi benzoico, succinico e tartarico.

Secondo Roehrig (2) non vi sono nervi in relazione diretta colle glandole sudorifere. Il sudore vien fuori per contrazione dei muscoli che stanno intorno alle glandole, o, come nel caso delle più piccole glandole, le quali non hanno muscoli, per una contrazione muscolare generale della pelle.

#### GLANDOLE SEBACEE.

Le glandole sebacee, o sebifere, stanno sempre nel derma; non si trovano mai nel connettivo sottocutaneo. Si osservano in tutte le parti pelose del corpo, ma mancano in moltissime di quelle che sono sprovviste di peli, come nella palma della mano e nella pianta del piede. In generale stanno in rapporto coi follicoli piliferi, in cui vuotano il loro secreto. Talvolta i dotti delle glandole si aprono alla superficie dell'epidermide. Quando sono piccole, sembrano escrescenze del follicolo pilifero cui stanno attaccate. Quando sono grandi il pelo sembra un'appendice della glandola sebacea.

Le glandole sebacee trovansi in quasi tutte le parti del corpo. Biesiadecki afferma che mancano totalmente alle palme delle mani ed alle piante dei piedi, al dorso delle falangette ed al ghiande. D'altra parte Kölliker e Neumann asseriscono che si trovano nel ghiande. Anche io, dietro le mie osservazioni, inclino a questa ultima opinione.

La grandezza della glandola è molto variabile, in media da  $\frac{1}{10}$ '' (0,2116 mm.) a 1'' (2. 116 mm.). Le più grosse glandole sebacee sono quelle delle palpebre;—le glandole di Meibomio. Sono nu-

(1) Küss, Duvall and Amory, Physiology, Am. ed., p. 376..

(2) Loc. cit. p. 25.

merosissime in tutto il cranio, poichè ogni pelo, ordinariamente ha due glandole. Sullo scroto, sul pube, sul monte di venere, sulle grandi labbra, le glandole sono anche più numerose, giacchè spesso ogni pelo ne ha da quattro a sei.

La struttura è quella di una glandola provveduta di breve dotto escretore. La glandola è racemosa, costituita da lobuli, ed ha la forma di una pera. Talvolta è divisa in due o più parti distinte, o lobi, che si uniscono nel dotto. Istologicamente è formata da un indumento esterno di connettivo, rivestito da uno strato di cellule, in massima parte poligonali, ma talvolta allungate o irregolari. Queste « cellule adipose », come chiamansi, hanno sempre un contenuto oleoso e da esse hanno origine i prodotti grassi conosciuti coi nomi di *sebo* o *sostanza sebacea*. Questo prodotto è una massa amorfa, oleosa, semiliquida. È costituita dalla degenerazione grassa dell'epitelio glandolare, giacchè costantemente si formano nuove cellule dallo strato cellulare poligonale, pieno di grasso derivante dalla metamorfosi adiposa dei loro contenuti albuminosi. La massa è spinta nel dotto glandolare e attraverso di questo nel sacco pilifero o alla superficie cutanea.

Il sebo serve a dare levigatezza e pieghevolezza alla pelle ed al pelo ed impedisce inoltre un'evaporazione rapida dalla superficie generale cutanea ed i relativi effetti di una repentina variazione di temperatura del corpo. Allo stesso tempo si oppone ad una troppo rapida desquamazione dell'epidermide, non che alla nociva macerazione di questo strato cutaneo prodotta dal sudore. Così troviamo che nell'ascella, ove le glandole sudorifere sono specialmente attive, le glandole sebacee si trovano anche in numero straordinario, mentre alla palma della mano ed alla pianta del piede, ove le glandole sebacee mancano, sembra che le glandole sudorifere, come pur dice Rochrig, segreghino una certa quantità di sostanza oleosa insieme al liquido perspiratorio.

È impossibile valutare la quantità totale della secrezione del sistema glandolare sebaceo. Secondo Rochrig, chimicamente si è trovato che il sudore consiste del 50 per cento di sostanza grassa (oleina e palmitina) che è oleosa nella temperatura ordinaria del corpo, ma si condensa come una sostanza simile al sego stando esposta all'aria. Oltre a ciò vi sono eziandio una certa quantità di grassi saponificati, un po' di colesterina, sostanze estrattive, una sostanza albuminosa non conosciuta, fosfati terrosi, cloruri alcalini e fosfati; soltanto in piccolissime quantità si trovano sali solubili. Il sebo è sempre misto a molte cellule provenienti dalle pareti glandolari, da cui sono continuamente distaccate. Queste cellule sono molto abbondanti e sono epiteliali, rassomigliando a quelle della rete mucosa. Contengono un nucleo distinto e sono sempre più o meno impregnate di grasso. Il dotto escretore, per regola, si vuota direttamente nel follicolo pilifero, continuandosi la sua parete colla guaina esterna della radice del pelo.

#### PELI.

I peli sono corpi sottili, lunghi, rotondi e compatti, che hanno la loro sede nei così detti follicoli piliferi, — depressioni della pelle.





lamenti o fascetti fusiformi, schiacciati, striati longitudinalmente, contenenti granuli di pigmento, che comunicano ad essa un aspetto punteggiato. Questi filamenti sono alla lor volta costituiti da fibro-cellule lunghe, schiacciate, nucleate, che aderiscono tanto strettamente da non potersi separare che coi reagenti. Nel pelo bianco la sostanza corticale non ha pigmento ed è trasparente.

Il *bulbo pilifero*, o radice propria, circonda la papilla del pelo alla base del follicolo. È un tessuto lasso, spongioso, composto di cellule nucleate simili a quelle che si trovano negli strati profondi della rete mucosa dell'epidermide. Vi sono piccoli granuli, senza colore, o pigmentati, secondo il colore del pelo, che danno alla parte un aspetto picchiettato. Nel punto in cui il bulbo del pelo si unisce alla parte stretta della radice, le cellule componenti il bulbo si cangiano insensibilmente in fibro-cellule della sostanza corticale.

La *cuticula* è una membrana delicata che riveste completamente la sostanza corticale e serve a legare strettamente insieme i suoi fascetti. Essa è aderente al pelo e dà a questo un aspetto reticolato, incrociato, squamoso, non dissimile da quello che danno le squame di un pesce. Quando si tratta cogli alcalini sembra che si distacchi dalla sostanza del pelo e che consista di molte cellule o lamine piccole, schiacciate, trasparenti, senza nucleo. Sono analoghe alle cellule dello strato corneo dell'epidermide e servono ad uno scopo simile.

La *sostanza midollare* in alcuni peli manca. Ordinariamente trovasi nei corti e grossi, come nei lunghi del cranio; manca nella lanuggine. Quando vi è, si mostra come una linea o corda larga e colorata, che corre longitudinalmente nel centro del pelo e comunemente per tutta la lunghezza di questo. La sua struttura risulta di cellule, di forma rettangolare od oblunga, contenenti nuclei e granuli di grasso. Si possono vedere meglio per mezzo degli alcalini. Vescichette aeree spesso si ponno trovare nella sostanza midollare.

#### FOLLICOLO PILIFERO.

Il follicolo del pelo è un sacco allungato lungo da 1''' (2.116 mm.) a 3'' (6.348 mm.) che si sprofonda nel derma e connettivo sottomucoso, per l'accomodazione del pelo. Esso deve ritenersi come una continuazione dell'epidermide e del derma. Ha una forma cilindrica, tendente ad allargarsi nella sua estremità più bassa. È composto di tre strati, l'esterno, il medio e l'interno.

Lo *strato esterno* (chiamato da Kölliker *rivestimento fibroso esterno*) determina la forma del follicolo; è lo strato più importante e più grosso e consiste di fibre connettivali che decorrono parallelamente alla direzione del pelo, confondendosi in alto colle fibre del derma e terminando in sotto, attorno al bulbo del pelo, in forma di prolungamento ovale che s'interna nel tessuto connettivo sottocutaneo. È fornito di un'arteria, di una vena e di una fibra nervosa midollare.

Lo *strato medio* (*rivestimento fibroso interno* di Kölliker) è meno esteso dello esterno ed è fatto di fibre trasversali di tessuto



connettivo con nuclei allungati. Vi si sono trovati vasi sanguigni, ma non nervi.

Lo *strato interno* (chiamato anche *membrana vitrea* o *membrana amorfa*) non è alterata nè dagli acidi, nè dagli alcalini. È un tessuto trasparente. La sua superficie esterna è liscia, l'interna è solcata da delicate linee trasversali. Secondo Biesiadecki, quantunque alla sezione è perfettamente omogeneo, quando si guarda la sua superficie schiacciata mostra fibre trasversali, oblique, che si decussano, una a nuclei rotondi mal definiti. Mancano i vasi e i nervi.

Alla base del follicolo sorge la *papilla del pelo*, corpo conico, od ovale, levigato, ben conformato, lungo circa  $\frac{1}{15}$ ''' (0. 1410 mm.), che si vede protuberare. Sorge dal tessuto connettivo del follicolo e consiste di connettivo con nuclei rotondi e cellule nucleate. Biesiadecki ha dimostrato che due piccole arterie entrano nella papilla e che queste ordinariamente si congiungono per formare un tronco unico verso l'apice e poi di nuovo si dividono e tornan fuori come vene. Lo stesso osservatore ha potuto seguire fibre nervose o midollari fino al collo della papilla.

Vi sono due *guaine della radice*, una interna ed una esterna; fatte da molti strati.

La *guaina esterna della radice* è semplicemente una continuazione dello strato mucoso dell'epidermide che segue in giù il pelo fino al bulbo. A misura che si avvicina al bulbo si fa più stretta e generalmente finisce a punta, consistente di una sola serie di cellule. All'esterno si unisce alla membrana vitrea del follicolo. Langethans dice di aver trovato in essa elementi nervosi come nello strato mucoso dell'epidermide.

La *guaina interna della radice* è una membrana trasparente, elastica, resistente, che riveste la radice dalle aperture delle glandole sebacee fino al bulbo del pelo. È composta di due strati, uno esterno ed uno interno, di cui il primo è congiunto allo esterno colla guaina esterna della radice, ed il secondo colla cuticola del pelo.

Lo *strato esterno* consiste di cellule allungate, molto refrangenti, non nucleate, che stanno parallelamente all'asse del pelo.

Lo *strato interno* si congiunge ed è attaccato alla cuticola del pelo. Consiste di grandi cellule non nucleate, in certo modo più denso di quelle della cuticola del pelo.

I peli trovansi in tutte le parti del corpo, tranne nelle palme delle mani e nelle piante dei piedi, nel dorso delle ultime falangi delle dita delle mani e dei piedi, alle labbra e nella superficie interna del prepuzio e nel ghiande. Sulla pelle hanno una direzione più o meno obliqua, che varia secondo la regione del corpo. Variano in grossezza e lunghezza secondo i siti; sono cortissimi e finissimi nella delicata lanuggine della faccia e del tronco; lunghissimi e molto grossi sul cranio e nella barba. Il numero dei peli sul corpo varia considerevolmente nei diversi siti ed anche secondo i diversi individui. Come regola, più colorati sono i peli e più sono numerosi.

Wilson (1) calcola che i capelli sono nel numero di circa mille

(1) Diseases of the Skin. London, 1867, p. 36.

per ogni pollice quadrato, o ventimila e cento in tutto il capo. Altri calcolatori danno un numero inferiore. La differenza dipende dal numero dei follicoli che vi sono, non che dal numero dei capelli che partono da ciascun follicolo.

Il colore generale dei peli varia estremamente nelle diverse razze e individui. È relativo alla presenza del pigmento nei filamenti del pelo, il quale pigmento trovasi in forma di granuli o di colorazione diffusa. Dipende eziandio dalla presenza di vescichette d'aria, che ponno trovarsi, secondo Biesiadecki, o fra la sostanza corticale e la midollare, o nell'interno di esse.

I peli sono notevolmente elastici e possono distendersi molto; sono anche molto forti e ponno sostenere un peso notevole senza rompersi. Quando si tagliano crescono di nuovo rapidamente fino a che non raggiungono la loro determinata lunghezza. Assorbono ed esalano l'acqua presto; assorbono anche le sostanze grasse ed oleose. Non contengono vasi sanguigni, sono nutriti dalle loro papille. Chimicamente risultano di sostanza azotata, contenente zolfo, grasso, pigmento e sali minerali. Conservano le loro qualità caratteristiche per lungo tempo e sono quelli che, fra tutte le parti del corpo, cadono più tardi in decomposizione.

#### UNGHIE.

Le unghie sono sostanze dure, cornee, elastiche e trasparenti, incastrate nella pelle delle ultime falangi delle mani e dei piedi. Sono rotonde o quadrilatera, curve da un lato all'altro. Hanno quattro margini, dei quali uno soltanto, l'anteriore, è libero; i margini posteriori e laterali sono immersi nella carne. La porzione posteriore dell'unghia, situata nella pelle, chiamasi *radice*, mentre la parte scoperta chiamasi *corpo*.

Intorno ai margini laterali e posteriore dell'unghia, nel punto ove la pelle si unisce all'unghia, vi è un incavo ben definito. Il derma su cui poggia l'unghia chiamasi *letto* o *matrice*; corrisponde all'unghia per la forma ed aderisce alla stessa strettamente. La matrice è una parte del derma e mostra rialzi speciali, su cui stanno le papille, dirette alquanto in avanti. È un tessuto denso, contenente molte fibre elastiche e poco grasso. I vasi sanguigni formano un plesso nella parte superiore del derma, fornendo le papille, non che un plesso sottile nella parte più bassa, destinato alla matrice. Secondo Biesiadecki (1) molte fibre nervose midollari giacciono nel tessuto sottocutaneo del letto dell'unghia, che, perdendo la loro guaina midollare quasi a livello del derma, vanno verticalmente alla superficie. Una sostanza biancastra definita, circondata anteriormente da una linea convessa, trovasi per lo più nella matrice, appunto di fronte all'incavo posteriore. Ha la forma di semiluna e chiamasi *semilunula*.

L'unghia si deve riguardare come una modificazione della epidermide. Come questa, è divisa in due strati, uno corneo ed uno mucoso. Il primo costituisce la maggior parte e la sostanza dell'unghia, costituendo il suo margine esterno e libero. La superficie

(1) Loc. cit. pag. 260.



è levigata e brillante, e contiene strie longitudinali, parallele, che decorrono dalla radice al margine libero.

Per istudiare la struttura intima dell'unghia è necessario adoperare reagenti. Si è trovata costituita da numerose lamine strettamente connesse, che si possono smembrare in cellule nucleate, poligonali e schiacciate. Tranne per la presenza del nucleo, rassomigliano alle cellule dello strato corneo dell'epidermide.

---

## SINTOMATOLOGIA.

Le malattie della pelle si presentano in forma di sintomi che sono di natura obbiettiva o subbiettiva. I sintomi obbiettivi sono quelli che consistono in certe forme che si manifestano alla superficie cutanea e sono per la massima parte l'effetto di un'alterazione di struttura dei tessuti. Comprendono le forme esterne della malattia e perciò si ponno dimostrare ocularmente. Si dividono in lesioni primitive e secondarie. I sintomi subbiettivi, d'altra parte, si riferiscono alla sensazione di cui il solo infermo può avere coscienza.

Oltre a ciò, sintomi che interessano tutto l'organismo, passionanti per esempio il sistema vascolare o nervoso, si devono riferire alle malattie cutanee. Così certe malattie acute e gravi sono accompagnate da febbre in grado maggiore o minore, da debolezza generale o da marasma; in altri casi si notano disordini digestivi o mestruali, o disturbi funzionali di altri organi; mentre talvolta vi ha morbo organico. Tutti i sintomi, quindi, di qualsiasi natura, in ciascun caso meritano speciale attenzione.

### SINTOMI OBBIETTIVI.

Sotto questo titolo bisogna studiare le varie lesioni che si presentano nella pelle. Sono numerose e possono inoltre subire molte modificazioni. Si possono dividere in quelle che si mostrano come forme primitive di malattia, chiamate lesioni primitive o da altre cause, chiamate lesioni secondarie. Non può esser mai troppa la importanza della valutazione esatta di questi cangiamenti morbosi. Dalla loro conoscenza dipende un'esatta diagnosi.

### LESIONI PRIMITIVE

#### MACULE.

*Sinon.* Maculae; *Ingl.* Spots; *Ted.* Flecke; *Fra.* Taches.

Le macule sono porzioni di pelle alterata, di varia estensione, di varia forma e di vario colore, non accompagnate da sporgenze o depressioni.

Hanno diverse estensioni; ponno essere piccole come la testa di uno spillo o estese quanto una mano. Ordinariamente sono rotonde, ma possono anche avere una forma irregolare. Per lo più sono circoscritte. Il loro colore e la loro tinta variano estremamente; infatti possono avere qualunque colore, ma il più comune è il rosastro, il giallastro ed il brunastro. Sono il prodotto di diverse cause e perciò rappresentano parecchie condizioni patologiche.



La varietà più semplice di macula è quella cagionata dalla iperemia e chiamata *eritema*, di cui si hanno esempi continuamente insieme a molte alterazioni.

Le macule possono altresì essere l'effetto di emorragia nei tessuti della pelle, quando si presentano come macchie rossastre, azzurrognole o nerastre e non scompaiono sotto la pressione. Così si osservano nella porpora.

Sono pure incluse fra le macule vegetazioni cutanee schiacciate, vascolari o pigmentarie, come i nei.

Le alterazioni della funzione pigmentaria della pelle danno origine alle macule, le quali possono dipendere tanto da un aumento quanto da una deficienza della sostanza normale colorante. La vitiligo presenta un esempio in cui le macchie sono cagionate e da un aumento, e da una deficienza del pigmento, giacchè hanno luogo atrofia ed ipertrofia, l'una accanto all'altra. Le macule giallastre chiamate *cloasma*, osservate per la massima parte nella faccia delle donne, sono prodotte dalla presenza di una esagerata quantità di pigmento normale. Un'altra forma della macula, dipendente dalla stessa causa, trovasi nella lentiggine; un'altra, giallastra (dovuta ad un parassita vegetale, il *microsporon furfur*), nella tigna versicolore.

Quando il coloramento anormale della pelle comprende tutta la superficie del corpo o una larga parte, in modo uniforme, l'alterazione chiamasi *scoloramento*. Esempi di esso si hanno nell'itterizia, nel morbo di Addison, nella lebbra e nel macchiarsi della pelle dietro l'uso interno del nitrato di argento.

Il deposito di pigmento o macchia che accompagna o segue certe malattie, come ad esempio il lichen rubro e la sifilide, si può anche riferire alla suddetta causa, e parimenti le macchie chimiche, come quelle che risultano dall'uso esterno del iodo, del nitrato di argento e di altre sostanze.

Le macule sono evanescenti o permanenti secondo la loro origine. Scompaiono o restano dopo la pressione, secondo che sono di una specie o di un'altra. Possono essere accompagnate da sintomi subbiettivi e possono mancare.

#### PAPULE.

*Sin.*, Papulae; *Ted.*, Knötchen; *Fr.*, Papules.

Le papule sono prominenze circoscritte e resistenti della pelle, che variano di volume, da quello della testa di uno spillo a quello di un mezzo pisello.

Sono di varie forme; alcune sono acuminate, alcune altre rotonde, mentre altre sono schiacciate ed angolari. Si osservano in molte malattie e dipendono da molte cause. Hanno sede in diversi elementi della pelle. Possono stare nel derma, in rapporto colle glandole sebacee o intorno ai follicoli piliferi. Possono essere e non essere infiammative, secondo la loro origine ed il loro modo di sviluppo. Il colore varia; possono essere rossastre, pallide o scure, giallastre o biancastre.

Le papule sono di molte varietà; le più importanti sono le seguenti. La più comune è quella che consiste in uno scarso e circoscritto essudato plastico della pelle. La sua manifestazione tipica

è l'eczema papuloso. Le papule infiammative possono o no mutarsi in altre lesioni; così, non di raro, si cangiano in vescichette e pustole, o, possono rompersi e divenire ulceri, come ha luogo nella sifilide.

Un'altra varietà è fatta dalle accumulazioni di cellule epidermiche, disposte concentricamente intorno alle imboccature dei follicoli piliferi, formando rilievi conici, solidi, come si vedono nella cheratosi pilare.

Un'altra specie è costituita intorno alle glandole sebacee e consiste di una raccolta circoscritta di sebo, che produce un rilievo piccolo, solido, biancastro, semi-globulare, come si osserva nel milio. Intimamente collegata a questa formazione è quella che si nota nel comedone, la quale si può pure ritenere come papula. Finalmente un'emorragia nella pelle può dare origine a papule, come nella porpora papulosa.

Possono essere pure prodotte da ipertrofia degli elementi normali della pelle, come da quella delle papille: esempj di questo genere si possono osservare nell'ictiosi, nelle verruche, ecc.

La durata delle papule varia secondo il loro carattere, come nelle altre lesioni della pelle. Possono essere acute, croniche, o permanenti. Possono scomparire per assorbimento, come nella maggior parte delle varietà infiammative, o possono asportarsi coi mezzi meccanici o di altro genere, come si può fare nel mollusco sebaceo o nel milio. Le papule infiammative nel corso della loro evoluzione sono spesso coperte da accumulazioni di scaglie fini, più specialmente nel periodo di decadenza. Quando le scaglie vi sono in una certa quantità, la lesione chiamasi *papula squamosa*; questo stato di cose è comunissimo nella sifilide. La sparizione delle papule infiammative, massime di quelle di antica data, può essere seguita da deposito pigmentario in quantità maggiore o minore.

Le papule possono essere o no accompagnate da prurito, poichè questo sintomo, come altri di simil genere, dipende dalla loro natura esclusivamente; così le papule di eczema sono notevoli per la violenza del prurito che producono, mentre, d'altra parte, quelle del milio o della cheratosi pilare non danno origine ad inconvenienti.

#### VESCICHETTE.

*Sin.*, Vesiculae; *Ted.*, Bläschen; *Fr.*, Vésicules.

Le vescichette sono rilievi dell'epidermide circoscritti, rotondi o acuminati, che variano di volume da quello di una punta di spillo a quello di un mezzo pisello e contengono un liquido chiaro o sporco.

Sono di diverso colore, secondo che il loro contenuto è siero puro, sostanza siero-purulenta, o siero misto a sangue. Quando sono recenti e tipiche, sono chiare ed hanno una tinta giallastra brillante. Possono essere totalmente o in parte distese da liquido; le loro pareti possono essere tese o flaccide. Ordinariamente si rompono subito e scaricano il loro contenuto sulla superficie circostante. Certe vescichette però, come quelle dell'erpate zoster e della sudamina, sono tenaci e non si rompono che dietro una violenza.

Le vescichette sono rotonde, circoscritte e, o hanno una sommità



a cupola, o sono alquanto acuminate. Ponno avere una superficie omogenea, rotonda o irregolare, o possono presentare leggiere depressioni sui loro apici o intorno alle loro pareti. Anatomicamente le vescichette hanno talvolta la loro sede fra gli strati mucoso e corneo dell'epidermide, in altri casi nello strato mucoso. Possono essere superficiali o profonde. Possono essere semplici o composte, consistendo di una o più concamerazioni: le vescichette semplici si veggono per esempio nella sudamina; le composte nell'erpete zoster e nelle dermatiti da avvelenamento. Sono anche, talvolta, coalescenti. D'ordinario sono infiammative, ma possono pure dipendere da una raccolta di sudore intorno alle aperture dei dotti glandolari. Le vescichette non restano come tali per lungo tempo; raramente per più di pochi giorni. O si rompono — e il liquido si trasforma in crosta — o ritengono il loro contenuto, che è assorbito, o si trasforma in pus e così divengono pustule. I cangiamenti che patiscono variano nelle diverse malattie ed anche in una stessa malattia.

Le vescichette di raro sono uniche, ma quasi sempre sono numerose, e sotto forma di aggregamenti, come nell'eczema, o in gruppi distinti, come nell'erpete zoster. Possono presentarsi in tutte le parti del corpo, più specialmente in quelle regioni ove l'epidermide è delicata e levigata; ma si osservano eziandio nelle palme delle mani. Ordinariamente sono accompagnate da bruciore e da prurito; talvolta, però, questi sintomi mancano.

#### BOLLE.

*Sin.*, Bullae; *Ingl.* Blebs; *Ted.*, Blasen; *Fr.*, Bulles.

Le bolle sono protuberanze dell'epidermide di forma irregolare, di volume variante da quello di mezzo pisello a quello di un uovo d'oca, e contengono un liquido limpido o opaco.

Il loro volume varia estremamente e non hanno una forma definita. Simultaneamente si possono veder bolle grandi e piccole l'una accanto all'altra. Possono essere uniche o pure multipli; raramente sono tanto numerose quanto le vescichette, nè tendono a costituirsi in gruppi.

Quando sono recenti per lo più hanno una tinta giallastra pallida; quando il loro contenuto diviene torbido sono biancastre o giallastre; se contengono sangue sono rossastre o brunastre, e spesso striate. Il loro liquido è albuminoso ed ha una reazione alcalina o neutra.

Le bolle comunemente posseggono forti pareti e non tendono a rompersi spontaneamente. D'ordinario risultano di una sola concamerazione. Generalmente sono distese fino al massimo grado della loro estensibilità; in speciali contingenze però sono parzialmente riempite e rimangono flaccide. Talvolta si rompono prima che sieno perfettamente formate, abbandonando le loro pareti, lacere, attaccate alla pelle in forma di brandelli; ciò, per esempio, avviene nel pemfigo foliaceo.

Le pareti delle bolle si elevano direttamente dalla superficie della cute apparentemente sana, senza, per lo più, segni notevoli d'infiammazione; talora si vedono areole. Come le vescichette, le bolle

hanno la loro sede in mezzo agli strati più profondi della epidermide. La loro struttura intima corrisponde pure a quella delle vescichette. Ordinariamente non sono accompagnate da rilevante prurito o da sensazione di bruciore, tranne talvolta nei loro primi periodi, o in quei casi in cui sono numerosissime.

Nel pemfigo grave, però, questi sintomi talvolta sono molto notevoli. Si sono osservate nel pemfigo, nelle eruzioni pemfigoidi, nelle dermatiti, nelle erisipele, nell'erpate iridato, nella sifilide, nella leprosi, e talvolta come complicazione di altre malattie.

#### PUSTOLE.

*Sin.*, Pustulæ; *Ted.*, Pusteln; *Fr.*, Pustules.

Le pustole sono prominenze dell'epidermide circoscritte, rotonde, schiacciate, o acuminate, il cui volume varia da quello di una punta di spillo a quello dell'unghia di un dito e contengono pus.

Esse o sorgono come pustole, o divengono tali per metamorfosi delle vescichette o papule. Così, si vedono tutti i periodi dalla vescichetta alla pustola e queste lesioni chiamansi vescico-pustole. Siccome contengono sempre pus, puro o misto, hanno un colore bianco-giallastro o giallastro-opaco, non di raro contengono anche sangue, nel qual caso sono rossastro-scure o biancastre.

Vi sono parecchie specie di pustole ben definite, la cui principale differenza sta nella sede, nel modo di sviluppo e nella struttura. La pustola di acne, per esempio, sta nella glandola sebacea; quella di sicosi intorno al follicolo pilifero; quella di ectima e dell'eczema pustoloso nello strato papillare del derma.

D'ordinario sono accompagnate da areole, che spesso sono estese e caratterizzate da un alto grado d'infiammazione e talvolta da indurimento.

Il corso e la durata delle pustole differiscono secondo la loro natura; ordinariamente tendono a finire rapidamente. O si rompono, formando una crosta densa, giallastra, verdastra o brunastra, o si disseccano senza rottura, lasciando una crosta secca, friabile, spesso massiccia. Le pustole possono essere seguite o no da cicatrici; queste dipendono dalla natura della lesione ed anche dall'estensione in cui è stato coinvolto il derma dal processo morboso. Le cicatrici consecutive al vaiuolo, come quelle dell'acne e della sifilide, sono ben note.

Le pustole per la massima parte non sono accompagnate da sintomi subiettivi rilevanti. In alcuni casi vi è sensazione di bruciore e dolore, come nella sicosi non parassitaria e nell'ectima; più raramente prurito.

#### POMFI.

*Sin.*, Pomph; *Ingl.* Wheals; *Urticæ*; *Ted.*, Quaddeln.

I Pomfi sono protuberanze rotonde, schiacciate, allungate, ovoidi, o irregolarmente conformate, più o meno dure, di natura evanescente.

Il loro volume varia moltissimo; possono essere piccoli quanto un mezzo pisello, quanto l'unghia di un dito, e tanto estesi quanto la palma della mano. Possono essere unici, ma possono essere mul-



tipi e quando stanno vicini gli uni agli altri presentano una tendenza evidente a confluire; per questa ragione spesso larghe superficie ne sono attaccate. Per la forma comunemente si mostrano come rilievi simili a fave od ovoidali, tendenti ad assumere una forma allungata piuttosto che rotonda; si osservano anche lineari, a fasce o a strie. Il loro colore comunemente è biancastro, roseo, o vermiglio, spesso con un centro pallido e con areole più o meno manifeste. Talvolta hanno un aspetto lucido. Per durata sono evanescenti o transitorii; si formano rapidissimamente, spesso in pochi momenti, e persistono per un tempo più o meno lungo, per lo più scompaiono colla stessa celerità con cui si formarono. Il loro corso è bizzarro.

Stanno negli strati superiori della pelle e sono prodotti da una rapida effusione di liquido nelle maglie del derma, seguita da immediata contrazione dei capillari, giacchè la pelle in fra tanto è nello stato di spasmo. Col rilasciamento il liquido è assorbito e il pomfo scompare. Possono contenere liquido sieroso, come nella semplice orticaria o una mescolanza di siero e di sangue, come nella porpora. Il pomfo tipico si vede nella pantura della comune ortica; anche nell'orticaria. I pomfi sono accompagnati sempre da sensazioni di formicolio, di bruciore, di prurito, le quali spesso sono molto moleste.

#### TUBERCOLI.

*Sin.*, Tubercula; *Ted.*, Knoten; *Fr.*, Tubercules.

I tubercoli sono eminenze circoscritte, solide, rotonde o acuminate della pelle, il cui volume varia da quello di un mezzo pisello a quello di una ciriegia.

La loro forma ordinariamente è determinata, ma non costante; possono essere semiglobulari, conici, schiacciati o a contorni irregolari. Per lo più il colore è rossastro; questo aspetto però è relativo alla loro natura; così nel mollusco fibroso hanno il colore della carne. In quei casi in cui dipendono da prodotti infiammatori o da neoformazioni possono avere un colore rosso carico. I tubercoli comunemente hanno una consistenza solida, spesso dura al tatto e stanno nel derma e nel connettivo sottocutaneo. Istologicamente sono simili alle papule, giacchè spesso in realtà sono papule esagerate che passionano tessuti più profondi ed una superficie più estesa. Sono l'effetto di varie cause, come nel caso delle papule, ma in gran parte sono prodotti da neoplasmi cellulari. La sifilide, la leprosi ed i carcinomi danno origine ad esempj rilevanti di tubercolo. Subiscono varii cangiamenti nella loro involuzione secondo la loro natura e le circostanze; o si assorbono, o si rompono ed ulcerano e restano cicatrici, o rimangono permanenti come nel fibromollusco.

#### TUMORI.

*Sin.*, Tumores; *Phymata*; *Ted.*, Knollen; *Fr.*, Tumeurs.

I tumori sono di vario volume e figura e sono costituiti da protuberanze solide o molli.

Sono di ogni volume, da quello di un pisello a quello di un uovo

ed anche più voluminosi. Ordinariamente hanno una forma semi-globulare e o sono in rapporto colla pelle per mezzo di una larga base, come nel mollusco sebaceo, o sono peduncolati come in molti casi di fibroma mollusco. Sono più o meno definiti, secondo la loro natura. Il loro colore molto spesso è identico a quello della pelle adiacente o rossastro. I tumori si elevano sulla pelle circostante ad un'altezza variabile e, d'altra parte, si estendono più o meno profondamente nei tessuti sottostanti. Sono prodotti da svariatissime cause; alterazioni delle glandole sebacee, neoformazioni nel derma, nel tessuto connettivo, nei vasi sanguigni, nei linfatici, tutte sono cause del loro sviluppo. Possono o no esser dolorosi.

## LESIONI SECONDARIE.

### CROSTE.

*Sin.*, Crustae; *Ted.*, Borken, Krüsten; *Fr.*, Croûtes.

Le croste sono masse logore di sostanze secche composte dai prodotti della malattia cutanea.

Variano per forma e volume giacchè il loro aspetto è relativo alla natura del processo che le ha cagionate, non che dalla lunghezza del tempo nel quale hanno esistito: possono essere larghe, grosse e ammassate, o sottili e schiacciate. Sono aderenti alla pelle o libere, secondo la loro data e la natura del morbo. Per colore ordinariamente sono giallastre o rossastre; ma possono essere anche verdastre, rossastre o nerastre. Per la maggior parte sono formate dal disseccamento di liquidi essudati, come siero, pus e sangue. Si osservano parecchie varietà distinte di croste. Quelle che risultano da una superficie aperta, la quale tramanda siero, sono giallastre, friabili e per lo più senza contorni o massa definita, come nello eczema; quelle che seguono alla rottura di pustole sono più scure, più tenaci e più grosse, come nell'ectima. Le croste della sifilide sono più solide e meno friabili e frequentemente hanno un aspetto di sostanza ammucchiata; spesso sono verdastre e quando sono recenti stanno sovra un'ulcera. Croste rossastre, come quelle della seborrea, sono gialle lucide, gialle sporche o nerastre, sono schiacciate, squamose, aderenti al loro letto e sono all'aspetto e al tatto untuose. Un'altra forma di crosta, quella della tigna favosa, resta a ricordare; in questo caso la crosta è principalmente composta di un parassita e presenta un colore di zolfo ed una massa in forma di coppa.

### SQUAME.

*Sin.*, Squamae; *Ingl.*, Scales; *Ted.*, Schuppen; *Fr.*, Squames.

Le squame sono masse secche e circoscritte dell'epidermide che sono separate dai tessuti sottostanti.

La loro forma e volume variano molto; possono essere larghe e grosse o piccole e sottili; possono essere anche copiose o scarse. Quanto a consistenza sono sempre secche e di natura cornea; danno al tatto una sensazione di corpo scabro, e sono più o meno fragili,



con una tendenza a distaccarsi e rompersi in più minuti frammenti. Il loro colore per lo più è biancastro o grigiastro; talvolta sono giallastre o giallastro-sporche. Ordinariamente hanno un aspetto lucido o levigato. La quantità formata e distaccata varia secondo il processo morboso. In molte malattie infiammatorie si ha la formazione di squame come sintomo predominante, giacchè il grado e la natura dell'inflammazione influiscono sul grado della desquamazione.

Le squame talfiata si formano come lamelle o lamine voluminose e larghe, o come accumulazioni, come nella psoriasi; talvolta sono sottili scaglie, come nella pitiriasi rubra; in altri casi, come nella seborrea o eczema secco, risultano di particelle grosse o fine simili a bucce di grano. Dipendono da svariate cause. Le malattie che le producono possono avere la loro sede nel derma o nell'epidermide, come nelle malattie infiammative. Si osservano anche nelle ipertrofie, come nell'ictiosi.

Probabilmente si formano in tutti i casi in cui v'è mancanza di nutrizione propria della pelle e quindi possono essere il prodotto di molti cangiamenti patologici.

#### ESCORIAZIONI.

*Sin.*, Excoriationes; *Ted.*, Hautabschürfungen; *Fr.*, Excoriations.

Le escoriazioni sono perdite di tessuto di vario volume e forma che hanno luogo negli strati superficiali della pelle.

La loro sede comunemente è l'epidermide, estendendosi allo strato mucoso; ma non di raro lo strato papillare del derma è parimenti passionato. Formano leggiere lesioni di continuo o abrasioni della pelle, lacerazioni, graffiature ecc. Generalmente guariscono subito e senza lasciare cicatrici. Presentano varie forme secondo che sono prodotte da una o da un'altra causa. Per lo più sono punti lacerati, linee, strisce, più o meno incavati, con brandelli di epidermide di vario volume e forma, per la maggior parte irregolari, con superficie rossastra, umida, da cui stillano scarse quantità di siero e di sangue, le quali tendono a trasformarsi in croste. Possono accompagnare un'eruzione di natura pruriginosa, e si trovano indipendentemente da malattia, come semplici lesioni epidermiche prodotte da cause meccaniche.

La causa diretta della maggior parte delle escoriazioni è il grattarsi degl'infermi. I sintomi che danno origine al desiderio di grattarsi sono molti ed in intimo rapporto con molte malattie. Tutte le alterazioni cutanee accompagnate da irritazioni nervose, sia da causa interna, sia da esterna, producono, un maggiore o minor grado di prurito e quindi grattamento. Se il prurito è forte, il grattamento per lo più sarà violento ed i segni relativi proporzionalmente rilevanti e profondi; se è leggiere, come incontra ordinariamente, non saranno che piccole lesioni superficiali. Le escoriazioni sono molte nello eczema, nella scabbia e nella pediculosi. Non tutte le cuti sono egualmente alterate dal grattamento; in alcune le lesioni sono prodotte subito, mentre in altre i tessuti resistono all'offesa.

Se il grattamento e l'attrito continuano a lungo la pelle diviene

più o meno infiammata, in vario grado nei varii individui, in generale producendo notevole infiltramento, ingrossamento e pigmentazione. Questo stato dell'integumento si può osservare spesso in quelli che sono stati molestati per lungo tempo dalla pediculosi. Le escoriazioni hanno una parte molto importante in molte malattie cutanee e meritano sempre attenta osservazione. Il loro numero, la loro forma, distribuzione e localizzazione sono per se stesse sufficienti in certe malattie a far stabilire la diagnosi.

#### RAGADI.

*Sin.*, Rhagades; *Ted.*, Hautschunden; *Fr.*, Fissures.

Le ragadi sono lesioni lineari di varia estensione e forma che stanno nell'epidermide e nel derma.

Ordinariamente si presentano intorno agli incavi normali della pelle, come nelle palme delle mani; nelle piante dei piedi, ed alle dita di questi due organi; si osservano altresì in altre regioni. Assumono varie estensioni e compaiono come aperture lineari o fenditure lunghe, strette, o larghe, superficiali o profonde, rossastre, secche o umide. Esse sono o l'effetto di uno stato morboso dei tessuti, come nell'eczema, nella psoriasi, o nella sifilide; o possono essere prodotte da irritanti locali, come il freddo o gli agenti chimici, che spiegano un'azione nociva sull'epidermide. Qualunque parte della superficie cutanea che può andar soggetta ad estrema tensione può presentare ragadi. Generalmente sono dolorose e si oppongono ai movimenti naturali della parte.

#### ULCERI.

*Sin.*, Ulcera; *Ted.*, Geschwür; *Fr.*, Ulcères.

Le ulcere della pelle sono escravazioni dei tessuti (conseguenza di malattia), di estensione e forma irregolari.

La loro estensione e la loro forma variano molto; possono non oltrepassare la grandezza di una punta di spillo o raggiungere quella di una mano ed anche più; per lo più sono rotonde, ma ponno pure avere una forma irregolare, simile a un rene, o essere serpiginose. Talvolta presentano un aspetto incavato o crateriforme; in altri casi hanno la forma di un cucchiaino. Possono essere superficiali; cave o profonde; non di raro si diffondono ai tessuti sottocutanei. Hanno una superficie più o meno umida, sanguinante, o secernente, coperta o no da croste. Le loro basi sono molli, ineguali, o irregolari, rossastre, e sono coperte da un secreto grigiastro, giallastro o rossastro, nocivo o inocuo, che può essere copioso o scarso, secondo la natura del processo morboso. Ordinariamente hanno margini definiti; non di raro sono tagliati a picco; talvolta sono arrovesciati o minati. Le ulcere sono l'effetto di precedente morbo ed hanno luogo nel corso di molte malattie, fra cui occupano un posto principale la sifilide, il lupus, il carcinoma, il carbonchio ed il furuncolo. Possono formarsi in qualunque parte del tegumento cutaneo, ma s'incontrano più spesso sulle estremità inferiori. La loro durata è variabile; di raro sono stazionarie, invece presentano un'evidente tendenza a subire cangiamenti. Molte tendono ad allargarsi; altre a



guarire. Quando ha luogo la riparazione, questa avviene in forma di tessuto cicatriziale, che resta permanentemente. Le ulcere per lo più sono dolorose.

#### CICATRICI.

*Sin.*, Cicatrices; *Ingl.*, Scars; *Ted.*, Narben; *Fr.*, Cicatrices.

Le cicatrici sono formazioni che occupano il posto del primitivo tessuto normale.

Hanno un aspetto levigato, contratto e sono circondate da cute normale colla quale insensibilmente si confondono. Per lo più sono cedevoli e molli al tatto ed hanno un aspetto lucido; ponno, però, essere dure e resistenti. Hanno forme e caratteri diversi, secondo la malattia che le ha prodotte; possono essere allo stesso livello della pelle, o, come più spesso incontra, alquanto depresse; si osservano pure rilevate. Talvolta sono lineari, come fasce o corde, ed in altri casi contratte, nodose. Ordinariamente sono biancastre; ma ponno avere altro colore, giacchè se sono recenti si possono vedere rosee o rossastre, mentre se sono antiche possono essere grigiastre, giallastre, o brunastre. Consistono di elementi di tessuto connettivo e non contengono nessuno degli elementi normali della pelle, come peli, glandole, e papille.

Le cicatrici possono essere l'effetto di malattia o di offesa. Si sa che seguono a tutte le lesioni ulcerative ed anche alle offese che implicano perdita di sostanza, come bruciature, scottature con liquidi bollenti e ferite, ed anche all'applicazione di caustici. Benchè dipendano da varie cause, molte di esse trovansi di natura identica; quindi non si può dire che sieno patognomoniche del processo che le ha cagionate. Al tempo stesso non di raro hanno certi caratteri — come, ad esempio, perimetro, numero, volume, struttura e sito — che denotano la malattia originaria. Generalmente sono permanenti, continuando ad esistere per tutta la vita con lievi alterazioni; talvolta subiscono cangiamenti più o meno estesi. Per la maggior parte sono indolenti; in rari casi, però, possono essere dolorose.

#### SINTOMI GENERALI.

Tutte le lesioni che si osservano in un dato caso di morbo, riguardate complessivamente, costituiscono ciò che chiamasi *eruzione*.

Un' aggregazione di lesioni, sia d' identico, sia di diverso carattere, costituiscono ciò che dicesi *sindrome* di una malattia.

Le lesioni individuali di una malattia possono essere della stessa specie, come, ad esempio, le papule, nel qual caso sono *uniformi*; o possono essere diverse, di due o più specie, macule, papule e vescichette, per esempio, che sono concomitanti, e allora chiamansi *multiformi*. Inoltre possono essere isolate o *discrete*; o tanto numerose da confondersi, *confluenti*.

Le seguenti espressioni, qualificative di speciali forme di lesione, si usano relativamente a certi morbi, più specialmente a quei casi in cui le lesioni sono uniformi e numerose; quando sono piccole, della grandezza di un acino di miglio, *miliari*; quando a punta,

*acuminata*; quando hanno la grandezza e la forma di uno spillo o di una fava, *lenticolari* ecc. Così s'incontrano esempi comuni nelle espressioni sifiloderma papuloso miliare, verruche acuminatae, e sifiloderma papuloso lenticolare.

Le parole, *dei neonati, infantile, degli adulti, senile, ecc.*, sono spesso opportune ad esprimere concisamente l'epoca della vita in cui la malattia si manifesta: per esempio lo sclerema dei neonati è chiamato sclerema *neonatorum*; l'eczema dei bambini, eczema *infantile*, ecc.

**Distribuzione.** — Vi è molta varietà nella distribuzione delle lesioni; ponno occupare tutta la cute e la maggior parte di essa, o possono essere circoscritte ad aree determinate e ristrette. Possono mostrarsi aggregate — *aggregatus*, o disseminate — *disseminatus*. Quando un'eruzione passiona tutta la cute, chiamasi *generale*; quando varie parti sono alterate, senza regolarità di distribuzione, chiamasi *diffusa*.

**Configurazione.** — Le lesioni della pelle si formano secondo varie figure o modelli. Alcune di esse sono speciali, e sono sintomi caratteristici e costanti di certe malattie, mentre altre sono comuni a molti morbi. In un'altra classe di affezioni si manifestano senza tendenza ad una configurazione. I varii sintomi o forme assunte da lesioni individuali o da aggregazioni di lesioni s'indicano colle seguenti parole. Quando le lesioni sono discrete in forma di punti piccoli come estremità di spilli, si dice *punteggiato* lo stato della cute; quando hanno la grandezza di una goccia, *guttate*; se sono come una moneta, *nummulari*. Per esempio certe forme di psoriasi chiamansi *punteggiate, guttate e nummulari*.

Quando la lesione si mostra in forma circolare dicesi, *circinata*; quando ad anello, *annulata* o *annulare*. Quando le lesioni sono in forma di anelli concentrici, l'alterazione dicesi *iridata*, come erpete iridato. Talvolta si osservano lesioni i cui margini da un lato si presentano straordinariamente aguzzi e ben distinti dalla pelle sana, a queste si dà il nome di *marginate*.

Quando le alterazioni sono circoscritte e controsegnate da una brusca linea di separazione, chiamansi *circoscritte*. Se si dispongono in modo da formare linee a giri, chiamansi *spirali*. La parola *serpiginoso* si applica a quelle forme di malattie, specialmente tubercoli ed ulceri, che seguono il loro corso in un modo serpeggiante; così diciamo sifiloderma tubercolare serpiginoso.

Lo stato di un'eruzione, dalla sua rilevante natura, si chiama spesso nel seguente modo: *ipertrofico*, usato insieme alle ipertrofie ed alle neoformazioni, si adopera per indicare uno stato esuberante o ipertrofico, come nel lupus: *esulcerante* quando il processo ulcerativo è esteso, come nella sifilide: *umido* o *madido*, quanto vi è umidità, come nell'eczema; e *secco* quando manca l'umidità, come nella seborrea.

**Località.** — Le regioni del corpo attaccate dalla malattia, variano secondo questa. Certe affezioni sono speciali in ciò che attaccano soltanto dati siti; alcune hanno una predilezione manifesta per questa o quella regione, mentre altre non hanno un sito di elezione. In alcune alterazioni le superficie dorsali delle estremità sono esclusivamente attaccate, mentre in altre la sede principale sono

i lati della flessione. La forma della distribuzione di certi morbi è spiegata dalla speciale struttura della pelle delle varie regioni (1). Le parole *cranica*, *faciale*, *brachiale*, *femorale*, *addominale*, *palmare*, *plantare*, ecc., si usano opportunamente a denotare l'esatta regione che è interessata; come per esempio, *eczema capitis*, *erpete zoster faciale*, ecc.

**Simmetria.** — Le malattie della pelle possono essere o no simmetriche. Le malattie infiammatorie specialmente, come l'eczema e la psoriasi, hanno un'evidente tendenza a presentarsi simmetricamente in uno o altro sito del corpo. In alcuni casi, per esempio nell'eritema multiforme, è quasi costante. Altre classi di malattie parimenti manifestano molto spesso questa tendenza. La simmetria di un'eruzione generalmente si osserva con molta precisione sulle estremità (2).

**Colore.** — Questo per necessità varia secondo la natura del processo patologico. Varia anche molto secondo il periodo della lesione tanto che deve esser preso sempre in considerazione. Spesso si vedono molti colori e diverse tinte nei diversi periodi di una malattia, come, per esempio nell'eritema nodoso. La tinta inoltre subisce sovente l'influenza degli agenti esterni, come della cura locale.

Quando una malattia è caratterizzata da un colore predominante e rilevante, evanescente o permanente, è denotata talvolta con una parola che descrive questa particolarità; così si aggiungono ai nomi delle malattie gli addiettivi *albo*, *rubro*, *flavescente*, *melanotico*, ecc. come *eczema rubro*.

### SINTOMI SUBBIETTIVI.

Le malattie della pelle possono essere accompagnate da sintomi subbiettivi. Nelle infiammazioni, nelle neoformazioni e nelle nevrosi sono comuni ad osservarsi; mentre fra le ipertrofie e le atrofie o mancano o si incontrano soltanto per caso. Possono essere lievi, o, come avviene frequentemente, molesti per la loro gravità e persistenza. Una sensazione anormale si ha o in forma di diminuzione della sensibilità normale, costituendo l'anestesia, o come un aumento della stessa, chiamata iperestesia. Questa può essere semplice o di natura alterata. In tutte le affezioni iperemiche ed infiammatorie vi può essere maggiore o minore calore, molto in quelle che hanno un corso acuto. Sensazioni descritte come bruciore, formicolio, cocciore, non di raro pure si accompagnano alla stessa classe di malattie. Il prurito però è di gran lunga il più importante fra

(1) La circoscrizione delle varie malattie della pelle è stata minutamente studiata da Oscar Simon di Berlino, il quale stabilisce uno schema di architettura cutanea fondata sulla struttura anatomica di questo organo. Veggasi l'opera sua « Die Localisation der Hautkrankheiten, histologisch und klinisch bearbeitet. » con 5 tavole, Berlino, 1873.

(2) Per ulteriori notizie su questa questione si riscontri l'eccellente opera di Testut « De la Symétrie dans les Affections de la Peau. » Parigi, 1877. Non che gli *Annales de Derm. et de Syph.*, v. viii, p. 385, e gli *Archives of Dermatology*, luglio, 1878.



i sintomi subbiettivi. Si nota in varii gradi in molte alterazioni. Può dipendere da cause esterne, che agiscono direttamente o per via riflessa, come nell'eczema e nel prurito. Gl'infermi lo descrivono in vario modo. La sensazione di formicolio, come se sulla cute strisciassero insetti, si può ricordare come una delle varietà più rilevanti. Talvolta si prova eziandio dolore di natura bruciante o nevralgica, come nell'erpate zoster, nella dermatalgia e nel neuroma.

## ETIOLOGIA.

Le cause che producono le varie malattie della pelle sono molteplici. Per abbracciarle tutte è importantissima cosa considerare l'argomento sotto un aspetto lato, perchè in molti casi si troverà che le manifestazioni sulla superficie cutanea non sono che segni o sintomi diretti di alterazioni su altre parti dell'organismo.

Un gran numero di morbi cutanei è intimamente collegato con disordini interni dell'organismo e quindi, rigorosamente parlando, sono malattie *sintomatiche*. Esempi brillanti di ciò sono gli eritemi polimorfi, gli esantemi, non che certe lesioni pigmentarie ed emorragiche.

D'altra parte molte malattie hanno l'origine loro nella pelle stessa e la loro azione si circoscrive su quest'organo soltanto; esse chiamansi *idiopatiche*. A questa classe appartengono tutte le malattie locali, come ad esempio, alcune ipertrofie ed atrofie, non che molti stati morbosi prodotti da agenti esterni, compresi i parassiti. Non bisogna dimenticare, pertanto, che i rapporti fra l'organismo e la pelle sono strettissimi, tanto vero che molto spesso è difficilissimo determinare fino a qual punto una malattia è locale o generale. La linea di separazione non può essere precisa.

L'argomento dell'etiologia si può studiare nelle tre seguenti sezioni; condizioni che hanno un'influenza sulla malattia; cause interne, cioè che agiscono da dentro sull'organismo; e cause esterne, cioè che agiscono da fuori.

### CONDIZIONI CHE HANNO UN' INFLUENZA SULLA MALATTIA.

**Età.** — È ben noto che molte malattie si manifestano in certi periodi della vita, mentre altre possono presentarsi in qualunque epoca. Un numero ristretto ha luogo soltanto in periodi determinati, e così hanno un carattere speciale; per esempio l'ictiosi si mostra nella prima infanzia, comunemente verso il secondo anno, talvolta molta più presto. I sifilodermi congeniti per lo più compaiono fra il primo ed il terzo mese della vita; talvolta si osservano nella nascita. La tigna tonsurante è una malattia dell'infanzia. L'impetigo contagiosa è parimenti confinata quasi in modo assoluto nel principiare, ai primi anni della vita. La tigna versicolore, d'altra parte, non si osserva mai nei bambini. Le malattie dovute a parassiti vegetali ordinariamente di raro si presentano nella vecchiezza, ma si osservano dall'infanzia alla media età; mentre

la pediculosi del corpo si nota soltanto eccezionalmente nel bambino. I carcinomi molto di raro si osservano nei giovani; di raro si manifestano prima dell'età media e frequentemente mai prima della vecchiezza. Il prurito nella maggior parte dei casi è una malattia della età adulta.

**Sesso.** — Si nota che certe malattie sono, per la maggior parte dei casi, speciali dell'uno o dell'altro sesso, mentre altre non poche, sono molto più comuni in uno che nell'altro. Per esempio la sicosi si osserva soltanto nel maschio; l'epitelioma è più comune nel maschio; mentre il lupus è più frequente nelle donne.

**Stagioni.** — Le stagioni spiegano un'influenza notevole su molte delle malattie infiammative, non che su quelle di altre classi, come ad esempio, sulle ipertrofie; la maggior parte delle malattie sono aggravate dalla stagione fredda, come comunemente si osserva nell'eczema, nella psoriasi e nell'ictiosi. Il prurito iemale si osserva solamente nel tempo freddo. Altre alterazioni del resto hanno luogo unicamente nei mesi caldi, come, per esempio le efflorescenze pruriginose; mentre altre tendono a presentarsi più comunemente nella primavera e nell'autunno, come l'eritema multiforme.

**Clima.** — L'influenza del clima nella produzione delle malattie cutanee non può essere messa in dubbio.

Il fatto che certe malattie sono quasi speciali di certe contrade è stato stabilito da osservazioni; così la leprosi, l'elefantiasi araba, la framboesia e la pellegra. Ma fino a qual grado il solo clima è da imputare non si può definitivamente accertare; altri agenti, come l'igiene, la dieta e le abitudini, debbono essere anche tenuti presenti, come probabili fattori della malattia.

#### CAUSE INTERNE.

Son da ricordare tutte quelle cause interne o di natura organiche, note come capaci di dare origine a morbo cutaneo per una qualche via, come che remota. Sono numerose e richiedono il più profondo studio. Talvolta sono molto oscure e molto lontane, di sede, dalla pelle; in altri casi sono così triviali che passano incalcolate da un osservatore accidentale.

**Eredità.** — Alcune malattie sono ereditarie; esempi comuni abbiamo nella sifilide, nella leprosi, nell'ictiosi, nella psoriasi e nell'eczema. Nondimeno non bisogna credere che queste malattie sieno in ogni caso ereditarie; giacchè, secondo la mia esperienza, le due ultime malattie si osservano più spesso come entità morbose nuove che come fatti ereditarii. L'ictiosi, del pari ha origine molto sovente nell'individuo che ne è attaccato.

**Predisposizione.** — Con questo termine intendo uno stato speciale, inerente all'organismo, che tende a rapido sviluppo di una o altra malattia. Non è rara. Questa tendenza si può osservare in uno, o come più spesso incontra, in tutti i membri di una famiglia. Può essere ereditaria o avere avuto origine coll'individuo. Così giornalmente si vede che certe famiglie hanno una disposizione più o meno rilevante allo sviluppo, in condizioni favorevoli, di qualcuna delle forme più comuni di malattie, massime di quelle di carattere infiammativo.

**Malattie costituzionali.** — Queste in molti casi spiegano una potente influenza sulla pelle. Talvolta la malattia è di tal natura che la sua sola presenza predispone alle alterazioni della cute, come, ad esempio, nella clorosi; mentre in altri casi, come nell'esantema e nella sifilide, è di natura così violenta che l'eruzione è uno dei sintomi predominanti e costanti. Sotto questo rapporto si può osservare che un cattivo stato generale, dipendente da svariate cause, ha una parte cospicua nel cagionare e nel far permanere le malattie cutanee; il riconoscere questo fatto spesso sarà di aiuto nel determinare la cura. Per esempio si deve ad un deperimento dello stato normale della salute dell'individuo la manifestazione dei furuncoli, dell'eritema, dell'acne cachettico, e delle escoriazioni di cattiva natura.

**Alterazioni degli organi interni.** — Qui si può ricordare un certo numero di malattie funzionali ed organiche atte, in speciali condizioni, a produrre rilevanti manifestazioni cutanee. Così le alterazioni del canale alimentare sono una sorgente prolifica di molte lesioni, fra cui l'eczema, l'orticaria e l'acne sono esempi luminosi. Le malattie dei reni, come il morbo di Bright, l'albuminuria e i diabeti, talvolta danno origine ad edema. Le malattie del fegato producono colorazioni anormali, come nell'itterizia, ed anche prurito. I disordini uterini pure frequentemente cagionano alterazioni pigmentarie, orticaria, eczema ed altre malattie. Finalmente i disordini del sistema nervoso, come ora è bene accertato, possono dare origine a svariate lesioni; così l'eczema, l'erpete, l'orticaria, il prurito e l'alopecia, non che certe ipertrofie ed atrofie si possono notare come non di raro prodotte e sostenute da morbi funzionali ed organici del sistema nervoso.

**Cibo.** — Il modo di alimentarsi senza dubbio è una delle cause di parecchie malattie. Quantità non convenienti di cibo, sia perchè esagerate, sia perchè scarse, e di qualità non buona, sono considerate come fattori potenti di malattie della più svariata natura. Per tenere l'organismo in uno stato perfetto di equilibrio è necessario che vi penetri un nutrimento adatto per quantità e qualità. Molte malattie cutanee sono senza dubbio dipendenti da un'alimentazione inadeguata, prendendo questa parola nel suo più largo significato; ed in prova di ciò basta gettare uno sguardo alle cliniche dei nostri ospedali e dispensarii e notare la povera salute dei più, e fare ricerca nella dieta comune delle vittime di questi disordini. Certe specie di cibo sono specialmente soggette a produrre disordini cutanei; il pesce, massime i crostacei, per esempio, in molti individui basta a produrre la orticaria. Alcune frutta, come le fragole, sono parimenti seguite talvolta dalla stessa malattia. La farina di avena ed il grano saraceno si sa anche che cagionano prurito in alcuni individui. Gli effetti nocivi del vino e della birra, e dei cibi indigesti, come formaggio, salamoie, spezierie, pasticceria e simili, si osservano frequentemente nell'eczema, nell'orticaria, nell'acne ed in altre malattie. Qui la causa è un eccitante, e, quantunque indirettamente quanto alla pelle, a questo riguardo non è meno positiva nei suoi effetti. Nello studiare questo argomento bisogna essere molto larghi, giacchè ciò che è veleno per uno è alimento per un altro.



**Medicina.** — L'ingestione di certe droghe usate come medicinali talvolta è dannosa alla pelle; luminoso esempio è l'eruzione di orticaria che talvolta segue all'amministrazione del copaive o del cubebe. La chinina, il cloralio, la belladonna e la morfina possono pure dare origine ad una o all'altra forma di efflorescenza. Il bromuro ed il ioduro di potassio sono anche noti come produttori di speciali e spesso gravi forme di eruzione.

**Gravidanza.** — Questo stato non infrequentemente spiega una evidente azione sulla cute. Di quando in quando produce attacchi di eczema, di erpete, e di prurito che non di raro scompaiono immediatamente dopo cessata la causa. Il cloasma si osserva altresì di sovente come concomitante della gravidanza. D'altra parte si nota spesso che le malattie croniche, come l'eczema e la psoriasi, migliorano molto durante questo periodo.

**Dentizione.** — Questo processo si deve considerare semplicemente come una causa eccitante di disordini cutanei; la sua importanza, considerata come una causa di morbo, è del tutto secondaria e non si dee calcolare più di quel che vale.

**Vaccinazione.** — Oltre alle modificazioni ordinarie locali che essa produce, di quando in quando è seguita da speciali lesioni eritematose e pustolose; però si presentano soltanto di raro e per lo più hanno un'indole benigna.

#### CAUSE ESTERNE.

Queste cause sono numerose. Molte si devono ritenere semplicemente come cause eccitanti, che danno origine all'alterazione solo in condizioni speciali, o in quei casi in cui già vi è una predisposizione alla malattia che si manifesta da sè. Altre, però, agiscono nocivamente sulla pelle e sono la causa diretta ed unica della malattia.

**Occupazioni.** — Certe occupazioni producono male alla pelle, dando origine ad iperemia, ad infiammazione o ad ipertrofia. Così gli operai di prodotti chimici, come acidi ed alcalini e di sostanze di tintoria, massime anilina, arsenico, ecc. sono estremamente soggetti ad aver male dalle sostanze irritanti con cui sono obbligati ad aver contatto. Le lavandaie esposte all'azione prolungata dell'acqua e del sapone, e i muratori vanno soggetti agli stessi inconvenienti; gli individui che hanno queste occupazioni non di raro presentano pelle ruvida e ragadi. I macchinisti, i falegnami, i calzolai ed altri che usano continuamente strumenti, ordinariamente vanno incontro ad ipertrofia epiteliale in grado maggiore o minore, in forma di callosità.

L'estremo caldo e l'estremo freddo anche agiscono come cause nella produzione della malattia; come esempi del primo si ponno ricordare l'eritema e la dermatite consecutiva a prolungata azione di un'alta temperatura. È nota l'azione del sole nel provocare parecchie varietà di morbi. Il freddo agisce in simil guisa, come si vede nelle congelazioni.

**Vestimenta.** — Certe specie di vesti, non che modi strani di vestire, si debbono pure ritenere quali cause d'irritazione e d'iperemia della pelle. Le flanelle ruvide portate persistentemente dalle

classi operaie non di raro sono cause eccitanti di eritema o d'inflamazione follicolare. L'attrito continuo di articoli di uso male adattati su parti delicate del corpo, come legacce o scarpe sul collo del piede o intorno al calcagno, spesso basteranno a dar origine ad escoriazioni, ad ulceri e ad altre forme di morbi.

**Irritanti.** — Gli irritanti cutanei sono la sorgente di molto male; per esempio i rimedii esterni usati esageratamente possono divenire cause d'iperemia e d'inflamazione. Fra questi, come cause più frequenti di alterazione, possiamo ricordare lo zolfo, l'olio di croton, i preparati mercuriali, i caustici in generale, i rubefacienti e la tintura di arnica.

**Mancaanza di nettezza.** — Questa o la presenza di elementi vecchi od estranei sulla cute, si debbono pure ritenere quali cause eccitanti di malattie, benchè d'importanza minore di quella che generalmente si suppone; così la tigna favosa ordinariamente persiste soltanto in quelle persone che trascurano la loro persona. D'altra parte la soverchia cura della nettezza può pure essere seguita da uno stato anormale della pelle; il non giudizioso uso del bagno e l'uso continuo di saponi forti sono nocivi al benessere della cute.

**Grattamento.** — Questa operazione produce materiali e spesso estese lesioni della superficie cutanea, massime nelle malattie di natura infiammatoria e pruriginosa. Si nota pertanto che produce gravi alterazioni soltanto in quei casi in cui la pelle è stata già più o meno alterata per malattia. Così, mentre nella scabbia, nella pediculosi, nell'eczema e nell'ectima, il grattare spesso crea un grande disturbo locale, che complica molto la malattia primitiva, non si può considerare come capace a produrre lo stesso grado di alterazione sulla pelle perfettamente sana. Nei disordini suddetti, quando è protratto, è causa di cangiamenti di struttura della cute, quali le escoriazioni, le alterazioni pigmentarie e l'ingrossamento.

**Contagio.** — Fra le cause esterne questa è la più importante di cui ci resta a parlare. Le varietà di contagio non sono numerose; nondimeno sono sorgenti estremamente prolifiche di malattia. Fra le malattie infettive quelle che sono comunicabili per mezzo dell'atmosfera, vaiuolo, rosolia, scarlatina, erisipela, occupano il posto più importante; mentre le malattie contagiose, nel senso stretto della parola, quelle trasmissibili soltanto per contatto diretto, sono la sifilide, l'impetigo contagiosa, la vaccina, certe forme basse d'inflamazione specifica, come la morva, e i parassiti. Molte delle lesioni cutanee della sifilide sono contagiose e sono agenti attivi della manifestazione di questa comune malattia. Le alterazioni prodotte dai parassiti animali e vegetali della pelle formano un gruppo distinto: sono tutte contagiose, quantunque non in egual grado, giacchè alcune sono rapidamente comunicabili in qualunque epoca, mentre altre manifestano le loro proprietà contagiose soltanto in certe condizioni. Non ogni individuo, per esempio, sembra soggetto alla loro influenza nella stessa misura; due persone, nelle stesse circostanze, possono essere esposte allo stesso parassita e soltanto una di esse probabilmente contrarrà l'affezione. Alcuni, come gli assistenti degli ospedali ed altri che stanno in frequente contatto

col contagio, non contraggono mai queste malattie. Io, quindi, sono convinto che per questi parassiti è necessario uno stato speciale della pelle nella maggior parte dei casi perchè si sviluppi il morbo (1). I parassiti vegetali (funghi microspici) si chiamano *achorion* di Schönlein, *trichyton*, e *microsporon furfur*. Al gruppo dei parassiti animali appartengono l'acaro della scabbia, il pidocchio del capo, il pidocchio del corpo e la piattola, non che parecchi altri insetti di minore importanza, come la pulce e la cimice, che in condizioni favorevoli danneggiano la pelle.

## PATOLOGIA

La patologia della pelle si deve studiare sotto lo stesso aspetto sotto cui si studia quella delle altre parti del corpo. La pelle differisce dalle altre membrane solamente per la sua anatomia, la quale, essendo complessa, è soggetta a svariate alterazioni, alcune delle quali sono speciali di questo organo. È soggetta agli stessi cangiamenti patologici; come, per esempio, l'iperemia, la flogosi, l'ipertrofia, ecc., che si osservano in altri organi e perciò è da riguardare sotto l'aspetto della patologia generale.

I cangiamenti morbosì che hanno luogo nella pelle sono molti e sono, inoltre, soggetti a svariate modificazioni. Ad abbracciarli esattamente è assolutamente necessaria una completa conoscenza della struttura normale. Tutte le parti dello integumento, sia separatamente, sia insieme, ponno alterarsi; si osserva, però, che alcune sono attaccate più spesso di altre.

L'epidermide, in parte perchè serve da copertura esterna del corpo e quindi è soggetta a molte e varie influenze, in parte perchè è intimamente connessa con tessuti più profondi e più importanti, comunissimamente è la sede di morbi diffusi. Per la sua posizione ha necessariamente una parte più o meno rilevante nella patologia di tutte le manifestazioni cutanee. Anche in quei casi in cui il processo patologico sta esclusivamente nei tessuti più profondi, si osserva che presenta alterazioni morbose, come desquamazione, atrofia, ecc., conseguenza di nutrizione insufficiente degli strati più profondi. È una sede non infrequente d'ipertrofia, come si osserva nella callosità e alterazioni simili. I parassiti vegetali hanno anche dimora in essa e non di raro prendono possesso di tutto il suo strato esterno o corneo. La delicata rete mucosa, per la sua intima vicinanza al derma, e per i rapporti che contrae con questo è del pari molto spesso sede di malattia; è gravemente coinvolta in tutte le alterazioni infiammative, eczema, erpete, psoriasi, ecc., non che in molte altre malattie in grado maggiore.

Nel derma però si osservano la maggior parte dei processi mor-

---

(1) Osservatori di merito hanno su ciò opinioni diverse, fra essi ricordo il Dr. White, di Boston, la cui opinione si può leggere in un articolo « On the Etiology of Skin Diseases » letta innanzi all'Associazione Americana di Dermatologia. Boston Med. and Surg. Jour., Oct. 23, 1879.



bosi. La struttura speciale di questo tessuto, che risulta da una rete di tessuto connettivo, da larghi plessi di vasi sanguigni, da linfatici, da nervi e da un completo sistema di apparecchio glandolare, lo rende specialmente soggetto ad alterarsi. E inoltre, per certi organi che hanno la loro sede in questo tessuto, per esempio le glandole sudorifere, il punto di passaggio di molti prodotti riduttivi dell'organismo, alcuni dei quali danno origine ad alterazione cutanea più o meno rilevante. Tutte le iperemie hanno sede nel derma; come una grande classe di malattie, essudazioni, o infiammazioni. Nel derma avvengono pure emorragie, come nella porpora. Le ipertrofie, lo scleroderma, per esempio, le atrofie, le neoformazioni di vario genere, passionano tutto il derma. I parassiti, segnatamente l'acaro ed il pidocchio, anche devastano questo tessuto. Nel derma eziandio hanno luogo certi cangiamenti di struttura dei vasi sanguigni, dei linfatici e dei nervi, come si osserva nell'angioma, nel linfangioma e nel neuroma. Le alterazioni funzionali del sistema nervoso, le così dette neurosi, si manifestano in parte, senza dubbio in questo tessuto.

I sistemi glandolari sebiferi sono pure attaccati da disordini funzionali, come nella seborrea e nell'iperidrosi; inoltre amendue possono essere sede di alterazione di struttura, vuoi sola, come nel mollusco sebaceo, o insieme a morbo di altri tessuti, come nel lupus eritematoso.

I peli e le unghie sono pure soggetti a processi patologici, sia idiopaticamente, come nella tigna tonsurante, nella tigna favosa e nella semplice ipertrofia; sia sintomaticamente, come nell'alopecia, nell'eczema e nella psoriasi.

**Iperemia.** — L'iperemia cutanea è un'esagerata accumulazione di sangue nei capillari della pelle. Per lo più è uno stato effimero, che dura soltanto per poco tempo, dopo del quale la parte eccedente di sangue ritorna nelle sue solite vie, lasciando la pelle nello stato normale. La sede dell'alterazione è nello strato superficiale della pelle, in quello papillare o nel più profondo del derma. Generalmente non è seguita da desquamazione o da pigmentazione; quando si osservano questi sintomi, sono segni di un leggiero essudato che è avvenuto. Invece di finire così, l'iperemia può subito passare all'infiammazione. L'iperemia può trovarsi sola, che fa il suo corso e finisce come iperemia, ma non vi può essere infiammazione senza che sia stata preceduta da iperemia. Può dipendere da molte cause; alcune delle quali di genere totalmente diverso, come, ad esempio, calore, freddo e disordini organici.

Le iperemie hanno certe note qualificative. La loro presenza è sempre contrassegnata da rossore della pelle, che varia per gradazioni dal rosa al rosso scuro. Il rossore è superficiale e sparisce totalmente sotto la pressione, ma ritorna immediatamente. La temperatura della pelle è frequentemente elevata; talvolta colla mano si può notare una sensibile elevazione del calore. Le iperemie comunemente sono acute; possono durare minuti, ore o giorni. Talvolta le accompagnano leggieri tinniti o sensazione di lieve bruciore. Danno origine a svariate forme esterne o segni sulla superficie cutanea, che per lo più non hanno contorni determinati.

**Anemia.** — Essa è uno stato direttamente opposto a quello d'i-

peremia, nel quale vi è mancanza di sangue nei capillari cutanei. Questo stato può dipendere da un'assoluta deficienza di sangue nel sistema vascolare generale risultante da emorragia, o può essere consecutivo a malattia, come nella clorosi. È caratterizzata dalla perdita del colore naturale della pelle, sostituito da una tinta pallida, biancastra o gialla, che si manifesta, secondo la sua causa e la sua natura, o in tutta la superficie cutanea o in quella di certe regioni, come sulle estremità. È pure accompagnata da una diminuzione della temperatura della superficie cutanea e talvolta da sudore freddo. L'anemia non produce morbi sostanziali cutanei e perciò ha poca importanza per il dermatologo.

**Infiammazione.** — Con questo nome si denota un processo patologico caratterizzato da cangiamenti della circolazione e dei vasi sanguigni, dall'essudazione sanguigna e di corpuscoli bianchi e rossi, con rossore, calore, turgore e dolore in maggiore o minor grado.

I cangiamenti che hanno luogo, e che sono in speciale rapporto colla pelle, possono essere qui brevemente riassunti. L'iperemia precede invariabilmente l'infiammazione. Dopo che vi è stata la iperemia per un tempo più o meno lungo, la prima alterazione sensibile nei tessuti, che si vede sotto il microscopio, è la dilatazione delle piccolissime arterie, seguita dallo stesso fenomeno nella circolazione venosa. Si osserva che durante l'esordire del processo infiammativo il sangue scorre nei vasi più rapidamente del solito, mentre più tardi questo acceleramento è seguito da un notevole ritardo nella celerità della corrente, senza restringimento del lume dei vasi. Allora i corpuscoli sanguigni cominciano ad accumularsi in questi, che presto ne sono riempiuti ovunque avviene una stasi. In questo periodo i corpuscoli bianchi aderiscono alle pareti dei vasi ed aumenta l'attività dei loro movimenti, per cui quelli adiacenti alle pareti gradatamente vi s'incastano, siano le pareti arteriose, siano le venose, e così si aprono una via nei tessuti di fuori. I corpuscoli rossi allo stesso modo, avvegnachè in minor numero, pure passano attraverso le pareti dei vasi. Il liquor sanguinis perciò passa liberamente attraverso i vasi in quantità variabile. L'infiammazione può essere acuta o cronica, giacchè la sua durata dipende dalla natura della causa e dalla permanenza della stessa relativamente alla parte passionata. Può finire col riassorbimento, colla suppurazione o coll'ipertrofia.

Il prodotto dell'infiammazione, cioè il liquor sanguinis ed i corpuscoli essudati, è una sostanza liquida, semi-liquida, o cellulare-formata; non di raro si trovano contemporaneamente parecchi di questi prodotti. L'essudato liquido è composto di sostanza sierosa, giallastra, gommosa, albuminosa, che contiene ordinariamente un numero limitato di corpuscoli sanguigni, massime bianchi. La costituzione dell'essudato, specialmente quanto alla massa di sostanza cellulare, di corpuscoli e di cellule, varia secondo le malattie. L'essudato liquido tipico si osserva nella vescicazione, come, per esempio, nelle vescichette dell'eczema e dell'erpate; quando è meno abbondante dà origine a tumefazione, ad edema, ad infiltrazione, che può essere circoscritta o diffusa, come nell'eritema multiforme e nelle erisipele.

Invece di un liquido il prodotto dell'essudazione può essere costituito da elementi formati, cellule, senza passaggio di liquido, nel qual caso è consistente o plastico; può essere circoscritto o diffuso. La sua presenza sulla pelle è manifestata da formazioni ed infiltrazioni solide, di cui si osservano esempj nelle papule infiammative, come nello eczema. Nel processo della pustulazione, come nella pustola dell'ectima, si vede un'altra forma di essudato, caratterizzata dalla presenza di abbondante sostanza cellulare, corpuscoli di pus, sospesa nel semplice liquido essudato.

Le linee di confine che separano le varietà di essudato non sono precise; giacchè, come si osserva clinicamente, fra le varietà liquida tipica, la suppurativa e la plastica, vi sono tutti i gradi di differenza. Molto comunemente passano dall'una all'altra per mezzo di periodi gradualj; o il loro corso può essere arrestato in uno dei loro periodi. Così, se si studiano alcune delle alterazioni essudative, per esempio l'eritema multiforme e l'eczema, spesso si possono osservare molti periodi della essudazione, che danno origine alla papula, alla papula-vescichetta, alla vescichetta, alla vescicopustola, ed alla pustola. Considerate sotto questo aspetto, parecchie lesioni cutanee si hanno come il prodotto della essudazione, o seguendo un corso definito o subendo qualche modificazione.

Il prodotto dell'infiammazione può avere la sua sede principale in qualcuna delle varie parti che compongono l'integumento. L'essudato liquido per lo più trova il suo confine verso gli strati superiori del derma e fra lo strato papillare e l'epidermide, producendo vescichette, bolle e pustole; o, avendo luogo negli elementi più profondi, assume la forma di un'infiltrazione sierosa, contrassegnata da edema e tumefazione di tutta la pelle. L'essudato plastico ordinariamente ha sede nel derma e negli strati più profondi, come si osserva nelle papule, nei tubercoli, e lesioni simili. Il prodotto essudato può sparire per riassorbimento, come avviene nella orticaria ed in molte altre malattie, o può continuare il suo corso e finire colla suppurazione, come per esempio, nel furuncolo.

**Emorragia.** — L'emorragia cutanea è uno stravasamento di sangue nei tessuti circostanti ai vasi, conseguenza o di diapedesi — passaggio del liquido attraverso le pareti vasali senza rottura — o di rottura dei capillari. Ha luogo nella pelle allo stesso modo come avviene negli altri tessuti del corpo. Le lesioni consistono in aggregamenti di sangue di varia dimensione, più o meno circoscritti, che hanno la loro sede nel derma e nei tessuti sottocutanei. Si possono sempre riconoscere da certe loro note.

Compaiono repentinamente. Assunta una grandezza e forma determinata ordinariamente la conservano, finchè, per il graduale processo di assorbimento, si dileguano e finalmente spariscono. Presentano sempre un colore rossastro che varia per tinta dal chiaro allo scuro, secondo la loro natura, il sito, l'estensione ed il periodo di tempo nel quale sono durati. Insieme al colore rossastro, per lo più mostrano, massime verso il periodo della loro sparizione, una tinta più o meno rilevante giallastra, azzurrognola e verdastrea. Queste variazioni dipendono dai cangiamenti che la sostanza colorante del sangue subisce durante l'assorbimento. I prodotti dell'emorragia cutanea sono speciali in quanto non spariscono sotto



la pressione. Ordinariamente stanno ad uno stesso livello colla pelle circostante, quantunque talvolta si elevano sopra di essa in forma di papule o di tumori; ciò, per altro, di raro avviene, tranne negli stravasi molto diffusi o in quei casi in cui l'emorragia accompagna altre lesioni come sintomo secondario, come nell'emorragia vaiuolosa. Spariscono lentamente per assorbimento, lasciando una pigmentazione della pelle.

**Ipertrofia.** — Per ipertrofia s'intende un aumento della massa di un tessuto già esistente. Può seguire in due maniere; o per aumentata crescita degli elementi già esistenti o per la formazione di nuovi elementi dello stesso tessuto. Le parti componenti l'integumento sono tutte soggette ad ipertrofia, giacchè il processo o si limita ad un solo elemento, come per esempio all'epidermide, o attacca al tempo stesso parecchie parti o tutte. Nelle callosità si osserva l'ipertrofia tipica dell'epidermide. Nell'ictiosi, nei calli, nelle corna, e nelle verruche passiona l'epidermide e lo strato papillare del derma. Il semplice aumento della sostanza colorante della pelle si vede nella lentigo e nel cloasma. L'ipertrofia del tessuto connettivo si ha nello scleroderma; mentre nell'elefantiasi Araba ha luogo un aumento diffuso di tutti gli elementi cutanei e sottocutanei. I peli e le unghie sono anche soggetti ad ipertrofia.

**Atrofia.** — Questa è l'opposto dell'ipertrofia. È caratterizzata da una diminuzione o del volume o del numero degli elementi istologici che costituiscono la parte. Quando è diminuito il solo volume degli elementi, dicesi che vi ha atrofia semplice; quando è diminuito il numero si dice che vi è atrofia numerica. Essa può essere o generale, interessando tutta la superficie cutanea, come nell'atrofia senile; o parziale, passionando una determinata regione, come nell'alopecia. Tutte le parti della pelle possono andarvi soggette. Nella vitiligo trovansi insieme un'avanzata atrofia ed un'avanzata ipertrofia del pigmento normale della pelle. L'atrofia senile può essere riguardata come un esempio tipico di atrofia generale degli elementi cutanei. I peli, come nella canizie o nell'alopecia, nelle quali alterazioni sono coinvolti il pigmento e la sostanza del pelo, si possono citare come una delle più frequenti sedi del processo. Anche le unghie talvolta vi vanno incontro.

L'atrofia ordinariamente è caratterizzata da diminuzione di volume. Essa o si manifesta come una semplice riduzione di volume della parte attaccata, con cangiamento di struttura, o può seguire ad una degenerazione, come nella morfea, nel qual caso i tessuti subiscono un cangiamento, e viene in campo una nuova struttura diversa da quella degli elementi normali della parte. L'atrofia, sommarariamente, è un manco di equilibrio fra il materiale nutritivo e la parte che deve essere nutrita.

**Neoformazioni.** — Le neoformazioni consistono nello sviluppo di un tessuto che è nuovo o estraneo alla parte in cui sorgono. Si osservano varie forme di neoformazioni, composte di tessuto o simile a quello da cui la parte è costituita, come, ad esempio, tessuto connettivo, o di natura totalmente diversa, come sostanza cellulare. Le neoformazioni di tessuto connettivo sono rappresentate dal cheiloide, dal fibroma mollusco, dallo xantoma, e dalle cicatrici. Le neoformazioni cellulari, gruppo importantissimo, consistono in un

deposito o infiltrazione di elementi cellulari estranei ai tessuti normali, come il lupus volgare, il lupus eritematoso, il rinoscleroma, la lepra, il carcinoma, la sifilide ed altre malattie. I vasi sanguigni ed i linfatici sono anche sede di neoformazioni, come si osserva nell'angioma e nel linfangioma. Clinicamente le neoformazioni sono o benigne o maligne.

**Parassiti.** — I parassiti della pelle sono quelli organismi che vivono nei tessuti cutanei. Si dividono in vegetali ed animali. I parassiti vegetali sono minutissime e microscopiche piante, che in certe condizioni si attaccano alla superficie cutanea e vi vegetano. Stanno principalmente nello strato corneo dell'epidermide, quantunque possano penetrare più profondamente, come nei follicoli e così attaccare parti più delicate. I peli e le unghie sono pure preda dei parassiti.

Tre varietà di funghi si trovano nella pelle, di cui ciascuna produce una malattia che presenta note cliniche e patologiche qualificative. Sono l'achorion Schönleini, il fungo della tigna favosa; il trichofiton; che dà origine a tre alterazioni, cioè alla tigna circinata, alla tigna tonsurante ed alla tigna sicosi; ed il microsporon furfur, il parassita della tigna versicolore. Questi tre funghi hanno una struttura simile, giacchè sono costituiti da micelio e da spore. Agiscono tutti come irritanti cutanei. L'alterazione che la loro presenza produce varia secondo il parassita e la regione attaccata. Possono provocare soltanto iperemia, come avviene talvolta nella tigna versicolore, o possono essere tanto irritanti da dare origine ad estesa infiammazione non solo della pelle, ma anche del connettivo sottocutaneo, come nella tigna sicosi.

Il gruppo dei parassiti animali comprende un numero d'insetti, dei quali sono principali i sarcoptes scabiei, o acari ed il pidocchio o piattola. Il demodex folliculorum, minutissimo, inoffensivo abitante dei follicoli sebacei, può anche essere ricordato qui. Oltre a questi ve ne sono altri, come il leptus autumnalis, il pulex irritans, o pulce comune, la cimex lectularius, o cimice comune, il pulex penetrans, o pulce della sabbia, la filaria medinensis, o verme della Guinea, e certe varietà di mosche. Questi insetti, tranne il demodex folliculorum, producono tutti varie lesioni sulla pelle, che sono o di natura infiammatoria, o di natura emorragica. Le devastazioni dell'acaro danno origine a lesioni infiammative simili a quelle dello eczema papuloso, vescicolare e pustoloso. Le morsicature del pidocchio, della pulce e della cimice producono emorragie capillari.

---

## DIAGNOSI.

Se si vogliono ottenere risultati soddisfacenti nella cura delle malattie cutanee, è cosa importantissima che il medico conosca precisamente quale è la malattia che gli sta innanzi. Senza un'ampia conoscenza della lesione, e del corso che probabilmente seguirà, qualunque cura sarà empirica e sarà seguita da risultati accidentali. Coll'aiuto, però, di un metodo nell'osservazione dei casi e

di una interpretazione dei molti segni e sintomi che si osservano, non si trova grande difficoltà a diagnosticare i morbi. Si può asserire che un requisito è indispensabile per una buona diagnosi, cioè poter fare un'osservazione ed una ricerca intima, senza di cui lo studente non acquisterà che una superficiale ed insufficiente conoscenza dell'argomento.

**Luce.** — Per esaminare un caso debitamente la prima cosa da assicurare è una luce conveniente. La luce del giorno è essenziale, giacchè la luce artificiale, come quella di una lampada o del gas, è per necessità più o meno colorata e comunica alla pelle una tinta non naturale, a causa della quale è facile commettere un errore. Una buona luce bianca è la migliore; sotto la sua influenza ci formiamo un'idea più corretta del colore e della tinta dell'eruzione, cosa sempre importante, da cui solamente può dipendere il nostro giudizio. Varii segni preziosi ed importanti spesso vengono a nostra conoscenza sotto una buona luce, i quali ponno passare inosservati con un'illuminazione incerta; così, una macchia debole di tigna versicolore potrebbe sfuggire facilmente all'osservazione con una luce imperfetta.

**Temperatura della camera.** — Si deve apprestare una camera moderatamente calda. L'infermo, sia a letto, sia fuori di esso, sarà necessariamente esposto un poco all'aria durante l'osservazione; un calore sufficiente è importante sia per il suo benessere, sia per conservare la temperatura ordinaria della pelle.

**Ispezione.** — L'infermo generalmente richiederà la nostra attenzione ad una certa parte della malattia, per lo più quella che gli cagiona la massima molestia. La parte che si presenta alla vista deve essere esaminata con posatezza ed attenzione ed al tempo stesso si faranno alcune domande allo scopo di guadagnare la confidenza dell'ammalato. Il medico deve studiarsi di ottenerla quanto più presto è possibile mentre fa l'osservazione; quando trattasi di donne non deve dimenticare che queste provano un sentimento di diffidenza più o meno forte quando sono costrette a mostrare ad un estraneo anche una parte del loro corpo e che a vincerla è necessario acquistarsi una piena confidenza. Allora si può domandare quali altre parti del corpo sono ammalate ed in qual misura: così con domande scrupolosamente e giudiziosamente dirette sarà accertato con esattezza quali regioni sono ammalate. Se il morbo è diffuso le varie parti debbono essere osservate ad una ad una. Se trattasi di un uomo o di un fanciullo, è bene esaminare tutto il corpo, acciocchè nulla sfugga all'osservazione. Questo modo di procedere è importante quando la malattia ha una manifesta tendenza a sparpagliarsi sul corpo, giacchè, come vedremo, s'imparerà molto dall'aspetto generale dell'eruzione.

**L'esame deve essere completo.** — L'esame nella prima visita deve essere completo ed attento, giacchè può incontrare che nella seconda visita l'eruzione ha già subito un grande cambiamento ed, infatti, ha perduto in gran parte le sue note qualificative. I casi si devono studiare nell'epoca in cui ci si presentano per la prima volta; per conoscere bene una malattia è cosa essenziale essere familiari colle sue fasi, e quindi ogni cambiamento di aspetto si dee tener presente per il futuro.



Devesi notare il colore generale della pelle per determinare la sua vascolarità e la sua vitalità generale. Si dee toccare per accertarne la temperatura, se è aumentata o diminuita. Nell'acne rosacea del naso, per esempio, la pelle ha l'aspetto di pelle calda ed infiammata, quando il tatto spesso dà una sensazione di freddo. La sua mollezza o durezza, cedevolezza o rigidità, deve essere accertata. Alcune malattie possono essere diagnosticate soltanto dalla sensazione che si prova col tatto, come per esempio, l'ictiosi, nella quale la sua speciale durezza è caratteristica per una mano sperimentata. Si deve domandare se l'infermo ha l'abitudine di bagnarsi, se si bagna coll'acqua calda o fredda e con che frequenza. I bagni hanno un'influenza sulla pelle, e specialmente sull'eruzione, in un modo speciale.

Bisogna inoltre notare se il corpo è grasso o magro, — fino a che punto sono nutriti gli elementi cutanei. Lo stato dei follicoli piliferi e dei dotti delle glandole sebacee si deve anche osservare se sono aperti o turati; l'epidermide, se è secca e in via di desquamazione o normale; la secrezione del sudore, se scarsa o profusa. Per determinare queste cose si può passare il dito o la mano sulla superficie cutanea e allora sarà subito riconosciuta la loro presenza o mancanza.

**Alterazione generale.** — Nella maggior parte delle malattie cutanee non vi sono alterazioni generali percettibili, però, vi sono alcuni casi in cui vi è sempre in un qualche periodo del morbo, notevole alterazione generale, come febbre, malessere, dolor di capo, costipazione, lingua sporca. Bisogna ricercare se vi sono sintomi di questo genere e attentamente notarli quando si trovano, giacchè talvolta sono utili a farci dare il nostro giudizio fra malattie che si rassomigliano scambievolmente per lo aspetto esterno. Gli esantemi, per esempio, sono sempre accompagnati da sintomi di alterazione generale, e nei loro primi periodi, talvolta, essi soli ci permettono di farne la diagnosi differenziale con altri morbi che simulano sulla pelle.

**Età.** — L'età dell'infermo deve essere tenuta presente; notare se è bambino, fanciullo, adulto o vecchio. Sappiamo che certe malattie si presentano quasi esclusivamente in alcuni periodi della vita; che alcune s'incontrano soltanto nell'adulto e che altre sono comuni solamente nei bambini. Sappiamo inoltre che i bambini ed i fanciulli sono esenti da certe malattie, in fatto di diagnosi, quindi, si possono escludere dalla lista delle affezioni probabili. Per esempio la psoriasi, una delle più frequenti malattie dello adulto, non si osserva nei fanciulli teneri; è inutile discuterne la probabilità, prima del quarto o quinto anno, ed ordinariamente non si mostra fino al decimo o al quindicesimo. L'epitelioma di raro si manifesta nella prima parte della vita; si osserva di quando in quando dai venti a trent'anni, ma non è comune prima dei cinquanta.

**Sesso.** — Il sesso dell'infermo si deve pure tenere in conto, giacchè i maschi sono soggetti ad alcune malattie più delle donne e viceversa. Bisogna anche tener presente che, per le speciali condizioni anatomiche di un sesso o dell'altro, alcune malattie si osservano nell'uno e mancano nell'altro, come la sicosi, malattia esclusiva degli uomini.

**Temperamento.** — Il temperamento, od organizzazione generale dell'infermo, deve essere notato; se la complessione è buona e florida o pesante ed il colorito scuro, ecc. È noto che certe forme di malattia sono propense a manifestarsi in quelli le cui costituzioni sono di un tipo speciale. Le malattie delle glandole sebacee, per esempio, come l'acne e la seborrea, sono molto più comuni in quelli che hanno aspetto florido. L'eczema parimenti si manifesta molto più spesso ed è più pertinace in coloro che hanno una complessione rigogliosa; la stessa cosa si può affermare della psoriasi.

**Abito.** — Bisogna studiare l'abito dell'infermo e la sua ordinaria condizione di salute, indipendentemente dal suo morbo cutaneo. Lo stato del canale alimentare, tanto spesso sede di alterazione in certi morbi infiammativi della pelle, si deve accuratamente investigare; non semplicemente se l'ammalato ha dispepsia o costipazione, giacchè le ricerche di questa natura di raro bastano a chiarire il vero stato delle cose. Si deve esaminare ciascuna parte del tubo digerente, con domande opportune, poichè per lo più si trova che vi è qualche disturbo funzionale. Si faccia dunque un interrogatorio a questo scopo. Non si faccia passar sopra a nessuna cosa, come che insignificante, giacchè da essa può dipendere la causa generatrice del morbo che ci sta dinanzi.

Bisogna guardare la lingua ed il suo stato, se biancastra, impatinata, ingrossata, umida, arida, o screpolata. Allo stesso tempo si ricercherà lo stato abituale dell'alito; se difficile, puzzolente, febricitante; se puzza, se ne cercherà la cagione; frequentemente si troverà accompagnato ad alterazioni digestive o nervose.

Poi si deve portare l'attenzione allo stomaco; ed allora si dovrà interrogare l'infermo insistentemente, domandandogli se è soggetto a rutti, a flatulenza, ed acidità di stomaco, e ad indigestione di qualunque forma. Non di raro s'incontrano individui che positivamente negano di avere qualunque dispepsia o indigestione, ma continuando a domandare se hanno qualche incomodo con termini volgari asseriscono di avere per esempio bruciore allo stomaco. A questo proposito si vedrà quale è la qualità e la quantità del cibo preso, accertando se l'indigestione per esempio dipende semplicemente da certe specie di cibi o da altre cause. Finalmente è da studiare lo stato delle intestina, se è normale, se è temporaneamente o permanentemente costipato e se funzionano irregolarmente. In molti casi importa esaminare l'urina, cosa che è sempre necessaria nello studiare qualunque morbo diffuso e grave.

**Occupazione.** — L'occupazione dell'infermo talvolta è una guida alla causa della malattia. È noto che diverse specie di lavoro hanno una parte nella produzione e permanenza di certe forme di malattia. Un morbo, forse comune per il suo carattere, può essere molto aumentato dall'influenza di sostanze irritanti. Per esempio un leggerissimo eczema sulla mano di una lavandaia può essere molto aggravato per il continuo lavoro ed in ultimo può seguirne un grave eczema rubro di tutto il braccio. Se essa persiste nel suo lavoro è probabile che l'alterazione continuerà fino a che sia costretta a tralasciarlo da evidente molestia. Gli operai delle manifatture chimiche anche soffrono talvolta per malattie provocate; quelli che stanno nelle mine di mercurio e di arsenico sono soggetti a speciali forme

di eruzione; mentre gli operai di sostanze caustiche, acidi, iodo, bromo, pece, ed altre simili, ponno essere parimenti attaccati da semplici o speciali alterazioni cutanee.

### FORME GENERALI DELLA MALATTIA.

Ora studiamo la malattia in sè stessa, colle lesioni cutanee e le sue particolarità. Bisogna studiarle molto attentamente, giacchè ne porgono le nozioni più esatte che si possano ottenere sulla natura del caso; infatti presentano la sola conoscenza che vi si può assolutamente riferire. Un medico perfettamente familiare colle varie lesioni cutanee è, generalmente, capace di capìre tutta l'indole del male dalla semplice ispezione.

**Acuta o cronica.** — In primo luogo è da notare se la malattia è acuta o cronica e specialmente il periodo in cui si presenta, se in quello di sviluppo o di declinazione. Nella maggior parte dei casi ciò si può conoscere dall'osservazione, o, quando è possibile, dalle risposte dell'infermo. È anche importante cosa ricercare contemporaneamente la durata dell'alterazione e se è un primo attacco o una recidiva.

**Diffusione del morbo.** — Questa pure si deve conoscere; se circoscritto ad una data regione o si manifesta in diverse parti del corpo. Bisogna notare le regioni passionate, giacchè si sa che alcuni morbi hanno una predilezione per certe parti del corpo, come la seborrea, l'acne, la scabbia, ecc. Altre malattie si osservano soltanto in siti determinati, per esempio, la sicosi.

**Distribuzione.** — La distribuzione dell'eruzione può spesso coadiuvare la diagnosi. La configurazione e la forma delle lesioni e l'aggruppamento e disposizione di esse si devono studiare. In alcune malattie, come, ad esempio, nell'erpate zoster, e nelle malattie parassitarie, sono speciali.

**Colore.** — Il colore generale o tinta del morbo getterà sempre molta luce sulla natura del processo, come, ad esempio, in molte eruzioni sifilitiche; in certe neoformazioni, come lo xantoma e il cheloide, la tigna versicolare e la favosa ed in molte altre malattie.

**Lesioni individuali.** — Si dee notare se le lesioni individuali sono di una o di parecchie varietà; inoltre se sono tutte nello stesso periodo o in diversi periodi di sviluppo. La loro situazione anatomica ed il numero si debbono pure ricercare attentamente. In ultimo è cosa importantissima osservarne l'evoluzione.

Le macule sono frequenti; alcune restano tali per tutto il loro corso; come nel cloasma, nella vitiligo e nella tigna versicolare; mentre altre, cominciando come macule, gradatamente o rapidamente passano ad altre lesioni, come ad esempio, nelle papule o nei tubercoli, che si osservano talvolta nella tigna sicosi. Le lesioni iperemiche, come l'eritema semplice, e le alterazioni di colore della pelle per varie cause, inclusa la pigmentazione, presentano tutte esempi di macule come loro alterazioni caratteristiche.

Le papule si vedono sole o congiunte ad altri cangiamenti di struttura. Nell'eczema l'eruzione può essere totalmente papulosa, o può essere un misto di papule e di vescichette in varii periodi



di sviluppo, con scaglie, croste, ecc. Nel piccolo sifiloderma papuloso, parimenti, le pustole sono spesso miste a papule. D'altra parte, nel lichen rubro, nel prurigo, nel lichen scrofoloso, nel comedone, e nel milio, si osservano le papule, per la maggior parte, con una forma, colore e struttura definiti. Bisogna tener presente che le papule sono di parecchie varietà e che alcune di esse sono totalmente diverse per forma ed anatomia.

Le vescichette sono comuni e si osservano in molte malattie. Lo eczema vescicoloso forse presenta la lesione nel suo stato più perfetto; si osservano anche molto sviluppate nell'erpete, nella miliare, nelle sudamina, nella vaccina e nella varicella. Le vescicopustole si vedono nel così detto sifiloderma vescicoloso, nell'impetigo contagioso, e nella sicosi non parassitaria, nell'erpete zoster, ecc. Le vescichette, come già abbiamo detto, frequentissimamente si trasformano in pustole.

Il tubercolo spesso è semplicemente un'esagerazione della papula. Si osserva nella sicosi parassitaria, nell'acne, nella sifilide, nel carcinoma, nella leprosi, nel rinoscleroma, nel sarcoma, nel neuroma, ecc. I tumori si manifestano sotto forma di cisti sebacea, di mollusco sebaceo, di fibroma mollusco, di eritema nodoso, di cheiloide, di angioma, di linfangioma, di linfadenoma, di neuroma, di lipoma, di elefantiasi Araba, di sifilide e sotto altre forme di malattie.

Le bolle, che variano di volume da quello di una ciriegia a quello di un uovo di oca, si osservano principalmente nel pemfigo, nell'erpete iridato, nell'erisipela, nella sifilide, e nella leprosi. Si osservano anche come conseguenza di vescicanti, di scottature coll'acqua calda, e di bruciature.

I pomfi ordinariamente esprimono uno stato speciale di sensibilità cutanea, che tende a provocarne la rapida formazione, per lieve causa. Sono sviluppati perfettamente nell'orticaria; talvolta si mostrano eziandio, di natura più o meno evidente, insieme ad altre malattie, per esempio nella porpora.

Le squame sono comunissime e si vedono in molte e svariate alterazioni; la psoriasi, la seborrea, l'eczema squamoso, l'ictiosi, il lupus eritematoso e le malattie da parassiti vegetali, tutti presentano questi prodotti in modo tipico. Le squame si formano più o meno in tutti i morbi flogistici; anche in altre classi di morbi, come, ad esempio, in alcune delle ipertrofie ed atrofie.

Le escoriazioni si osservano per la maggior parte in quei morbi, che si accompagnano a prurito e sintomi simili, si osservano principalmente nell'eczema, nel prurito, nella pedicolosi, nella scabbia ed in altre malattie parassitarie. Le ragadi si formano nell'eczema, nella psoriasi e nella sifilide; in varie forme d'ipertrofie, come nell'ictiosi, si osservano verruche ed altre forme di tumori papillari.

Le croste trovansi come prodotto di molte malattie. Costituiscono lesioni rilevanti nell'eczema, nella scabbia, nell'ectima, nella sifilide, nell'impetigo, nell'erpete, nella sicosi, nella leprosi, nel carcinoma, nello scrofuloderma, ecc. L'ulcera si presenta nella sifilide, nel lupus vulgare, nel carcinoma, nella leprosi, nello scrofuloderma, nell'erpete zoster, nel furuncolo, nel carbonchio, ecc. L'ulce-

razione è sempre seguita da cicatrici di poco conto o rilevanti. Talvolta sono anche conseguenza di alcune neoformazioni che non sono state accompagnate da ulcerazione, come nel lupus eritematoso.

## CURA

Scopo del medico deve essere sempre di guarire la malattia che gli si presenta quanto più rapidamente e completamente è possibile; ogni mezzo che in qualche modo si sa essere atto a mitigare il male deve essere applicato nei casi speciali. Non bisogna lasciarsi dominare dal volgare pregiudizio che può far male « il curare la malattia troppo presto » o « il far cessare l'eruzione »; danno può derivare piuttosto dal perder tempo e dal farsi prendere la mano dal morbo. Si può asserire con sicurezza che quanto più presto si ottiene un miglioramento nelle malattie cutanee, altrettanto vantaggio ne prova l'infermo e altrettanto credito acquista il medico. Uno studio scrupoloso ed una grande esperienza dimostrano che nessun danno segue mai alla guarigione di queste malattie, sia che detta guarigione avvenga presto, sia lentamente; in molti casi il tempo richiesto dalla cura sfortunatamente è lungo, anche nelle condizioni più favorevoli, sicchè una rapida guarigione, quando si ottiene, si deve sempre ritenere come un vantaggio.

Chi vuole riuscire nella cura dei morbi cutanei deve in primo luogo acquistare una completa conoscenza dei principii della medicina generale; senza questa base i suoi sforzi, nella maggior parte dei casi, saranno seguiti da risultati non soddisfacenti. La dermatologia, giustamente riguardata, non è che una sezione della medicina generale; i morbi di sua spettanza, quindi, van soggetti agli stessi principii terapeutici che sono adatti per le malattie degli altri organi. Una semplice flogosi acuta della pelle, per esempio, richiede una terapia generale come quella di una membrana mucosa o di altri tessuti del corpo. La pelle non è che una parte dell'organismo e quindi è sottoposta alle leggi generali di terapia.

Prima di fare la prescrizione in un caso, bisogna studiare alcuni punti, che possiamo esporre sotto i seguenti titoli:

**Anamnesi.** — Non di raro l'anamnesi dell'infermo e più specialmente della malattia stessa, sarà di grande aiuto nel determinare il metodo più opportuno di cura. In primo luogo si deve accertare se la malattia attuale è una prima manifestazione o una recidiva. Se è una recidiva bisogna conoscere il corso del primo attacco, non che la maniera come fu curato; se furono adoperati rimedii esterni o interni e se riuscirono o no. I preparati prescritti quando si può, si debbono far noti all'infermo, poichè la cognizione della cura passata e dei suoi effetti può talvolta fare risparmiare tempo e fatica. Le idiosincrasie, si tenga bene in mente, non sono rare; quindi, ad esempio, quando siamo assicurati dall'ammalato che l'arsenico preso internamente o il catrame usato esternamente hanno sempre trovato in esso intolleranza, dobbiamo essere cauti nel modo di prescriverli.

**Stato generale presente.** — Lo stato generale dell'infermo si deve studiare accuratamente. A primo aspetto si nota se l'amma-

lato gode o no apparentemente buona salute, se, per esempio, vi ha tendenza alla pletora o all'anemia o alla clorosi. Sotto questo rapporto importa determinare la presenza e la mancanza di sintomi generali; se il morbo è assolutamente locale o no. Poi si deve domandare come è l'appetito e quindi lo stato del tubo digerente. Si deve esaminare la lingua, se è normale o patologica, e se vi è o no dispepsia. Una speciale attenzione è richiesta dallo stato delle intestina; se la sua funzione è regolare, irregolare, o se vi ha costipazione. Bisogna pure ricercare il carattere delle secrezioni biliare e renale. Indi si determinerà lo stato del sistema nervoso; come è il sonno, per durata e natura, lo stato dell'animo, se buono o cattivo, la depressione di spirito, o altri sintomi simili.

**Natura della malattia.**—Portando l'attenzione, dopo di aver fatto le precedenti osservazioni, alla pelle, è cosa importantissima il formarsi un'idea precisa della natura del processo in atto; se, per esempio, è una semplice iperemia, un'inflammazione, o un'ipertrofia. Conosciuto il processo patologico si fa meno difficilmente la diagnosi.

Si deve appurare la durata del morbo; studiare il suo corso naturale; se circoscritto ad una piccola area o diffuso, e la sua tendenza a circoscriversi o ad estendersi. Importa, eziandio, determinare, prima di prescrivere la cura, se è acuto, subacuto, o cronico, e, inoltre, il periodo preciso del processo.

Dall'infermo si sapranno, oltre a ciò, i sintomi subiettivi; se ha dolore, bruciore, prurito, o se vi è totale mancanza di questi sintomi.

**Causa del morbo.**—La grande importanza dell'avere un'esatta conoscenza della causa che ha dato origine alla malattia è tanto evidente che è inutile farla qui ulteriormente rilevare; da una esatta conoscenza di essa dipenderà il successo o l'inutilità della cura. Soltanto col combattere la causa si può avere un miglioramento permanente. Lo studio e le ricerche diretti a comprendere il caso non sono mai sufficienti; si tenga presente che ciascun caso richiede uno studio speciale ed un metodo di cura adatto alle sue condizioni. Le lesioni stesse, generalmente, tranne quando trattasi di malattie locali, non hanno bisogno che di una cura secondaria; esse hanno poca importanza in paragone della causa che produce continuamente nuove lesioni. Quando, però, come spesso incontra, non si scovre nessuna causa della malattia, si devono combattere energicamente le lesioni con tutti i mezzi di cui disponiamo, allo scopo di allontanarle quanto più presto è possibile. In quei casi in cui si sa che la malattia è di origine del tutto locale, non occorre altro che la cura delle lesioni.

**Metodo di cura.**—Per la cura delle malattie cutanee, parlando in tesi generale, si richiedono rimedii generali e locali. Si possono prescrivere contemporaneamente o soli, secondo la natura del male. L'esperienza dimostra positivamente che in molti casi la cura generale o interna è di gran lunga efficace, mentre in altri i rimedii locali sono non pure i migliori, ma al tempo stesso i soli mezzi efficaci, credo; quindi, è evidente che nè la cura generale esclusiva, nè la locale esclusiva, sieno atte a produrre i migliori risultati che è possibile ottenere. Quando però i mezzi esterni bastano a far migliorare la malattia subito e permanentemente, la cura interna non solo è superflua ma può essere dannosa.



Considerando l'argomento sotto un aspetto complessivo ho la ferma convinzione che i più soddisfacenti risultati si ottengono dall'accoppiamento dei due metodi curativi. I morbi, e più specialmente i casi individuali, in cui si devono prescrivere rimedii locali o generali, possono essere indicati soltanto dalla conoscenza della natura e della causa della malattia che si osserva. Non si possono dare regole fisse circa l'uso dell'una o dell'altra classe di rimedii giacchè si vedrà che la pelle nello stato di alterazione è un organo sensibile, non soggetto a leggi fisse di governo. Il rimedio opportuno per un dato periodo non solo è frequentemente inefficace, ma spesso assolutamente dannoso in un altro periodo della stessa malattia.

#### CURA GENERALE.

Sotto questo aspetto dobbiamo studiare:

**Igiene.**—Circa l'igiene bisogna ricordare i grandi vantaggi che si ottengono dal portare l'attenzione sulle sue regole ordinarie. In non poche alterazioni, massime in quelle di indole cronica, si guadagnerà molto con un moto regolato e giudizioso, più specialmente all'aria aperta e quando splende il sole. La grande utilità di questo espediente è evidentissimo in molti casi in cui vi sono manifesti elementi di clorosi o di disordine del sistema nervoso.

Da ottimi risultati spesso è seguito, in certi morbi, il cangiamento di clima. In alcuni casi ribelli di orticaria, di psoriasi, di furuncoli e di eczema, il cangiamento di clima può essere seguito da positivo e contemporaneamente rapido miglioramento; così pure nella leprosi e malattie simili.

**Cibo.**—L'uso di una ben regolata e conveniente dieta in alcune malattie è tanto importante per raggiungere un miglioramento permanente, quanto gli stessi rimedii. Nella cura di parecchi morbi meritano speciale studio il genere e la qualità del cibo che si usa. La dieta dee sempre essere regolata dal medico e deve essere costituita da quelle cose che si sanno adattate al caso che si cura.

Talvolta si possono anche avere buoni effetti da un totale cangiamento di dieta, come nell'eczema e nella psoriasi.

**Olio di fegato di merluzzo.**—Questo rimedio è importantissimo. È segnatamente utile in tutti quei casi in cui lo stato generale è in deperimento per l'uso prolungato di una vititazione inopportuna e insufficiente, per l'aver vissuto in mezzo a cattive condizioni igieniche e per altre cause simili. Si prescrive con immenso vantaggio nello scrofuloderma, nelle malattie delle glandole sebacee, nel lupus, nell'eczema, ma è anche prezioso in molte altre malattie. La dose deve essere sempre larga, da 1<sup>ra</sup>,90 a 16<sup>sa</sup> o più, secondo l'età dell'infermo e la tolleranza dello stomaco.

**Ferro.**—I preparati di ferro debbono pure essere ricordati perchè utili nella cura delle malattie cutanee. La loro amministrazione, sola o con altri rimedii, è indicata in diversi morbi. Si danno con speciale utilità nelle malattie che dipendono dalla clorosi e nelle malattie infiammative accompagnate da impoverimento generale, come in alcune forme di eczema e di psoriasi. Molte altre alterazioni possono pure essere modificate vantaggiosamente dall'uso giu-

dizioso del ferro. Il vino ferruginoso si può ricordare come preparato davvero utile; adatto in molti casi in cui si richiede un tonico blando; costituisce un eccellente veicolo per l'amministrazione dell'arsenico e del ioduro di potassio.

**Chinina.** — Si può dare con buoni effetti in molte malattie, come, ad esempio; in certe infiammazioni eritematose; erisipela ed elefantiasi Araba. Ma ha uno speciale valore nelle nevrosi, come nel prurito, nell'orticaria ed in altre malattie complicate da alterazione nervosa; è utile altresì in quelle accompagnate ad elemento malarico.

**Arsenico.** — Come è noto, l'arsenico da lungo tempo è stato tenuto in gran conto come rimedio delle malattie cutanee. Oggi vi sono opinioni molto diverse circa la sua efficacia come agente terapeutico contro certe classi di morbi, poichè alcuni dermatologi affermano di aver tratto notevole vantaggio dall'uso di esso in molte malattie, mentre altri, non meno sperimentati, tendono ad accordargli poca efficacia nella cura delle alterazioni cutanee. Senza esitare io dichiaro che lo ritengo quale rimedio efficacissimo; che in realtà è il più energico dei rimedii interni nella cura di molti morbi cutanei; ma bisogna scegliere i casi in cui si deve prescrivere se si desidera averne buoni effetti. Il dire che l'arsenico si usa « nelle malattie cutanee » complessivamente considerate, è un'asserzione tanto vaga e priva di significato quanto di nessun valore pratico. Non solo è necessario determinare la malattia, ma il periodo di questa, se intendiamo adoperarlo con successo.

L'arsenico spiega la sua influenza principalmente sullo strato mucoso dell'epidermide. Quindi le malattie che passionano gli strati più superficiali della pelle sono al massimo grado modificate dalla sua amministrazione. Non ha che poca efficacia sui morbi degli strati più profondi.

La sua azione sulla pelle spesso è lenta, talvolta vi bisognano settimane e mesi per vedere il risultato che si desidera; ottenuto il miglioramento, lo ammalato deve continuarne l'uso per alcune settimane dopo che sono spariti tutti i sintomi della malattia. Non si deve amministrare nel periodo acuto, flogistico, di qualsiasi morbo; non si deve mai prescrivere quando vi è gran calore, bruciore, prurito forte o rapido scambio cellulare. Non solo è inutile in questi casi, ma spesso positivamente nocivo, giacchè tende ad aumentare l'attività del processo morboso. Stimola la rete mucosa, quando invece è richiesto il riposo. La sua amministrazione dunque, in qualsiasi malattia, deve essere sospesa fino a che non cessano i sintomi acuti completamente.

Ha un valore immenso nella psoriasi; ma non è utile in ogni caso, nè in tutti i periodi di questo morbo. Quando il processo è molto attivo ed accompagnato da forte iperemia generalmente aumenta lo stato infiammativo. Quanto più attiva è la proliferazione cellulare tanto meno probabile è il suo benefico effetto. D'altra parte, quanto più tardo è il processo tanto maggiore è la probabilità di miglioramento. Si può affermare, come regola, che non si deve dare fino a che la malattia non ha arrestato il suo corso.

È positivamente utile in alcune varietà di eczema, massime nelle forme papulosa e squamosa; anche, credo, in quei casi in cui le

vere lesioni primarie non sono che mal definite ed in cui non vi è che scarso infiltramento cutaneo. Certi eczemi persistenti, circoscritti, papulosi e vescicolari abortivi, come spesso si osservano, per esempio nelle dita, frequentemente sono subito mitigati dallo arsenico. L'eczema infantile cronico, senza alterazione della digestione, talvolta subisce una favorevolissima influenza da questo rimedio. Come è ben noto, i fanciulli ne tollerano, relativamente, larghe dosi. Nondimeno considerando la cosa sotto un aspetto largo posso asserire che nell'eczema non bisogna sperare molto dall'arsenico.

Il pemfigo subisce un'influenza materiale e al tempo stesso è permanentemente migliorato dall'uso dell'arsenico. Si deve fare però una distinzione fra il vero pemfigo e le eruzioni pemfigoidi. Negli ultimi periodi del lichen rubro si prescrive pure con positivo vantaggio. In alcune forme di acne, massime in quei casi in cui le lesioni sono molte e di natura finamente papulosa, la sua amministrazione è spesso seguita da buoni risultati.

I preparati che è bene usare sono l'acido arsenioso, il liquore di cloruro di arsenico ed il liquore di arsenito di potassa (soluzione di Fowler). Questa ultima è la forma più opportuna per l'uso comune. L'acido arsenioso si dà in forma pillolare, ordinariamente insieme al zucchero di latte o al pepe nero e liquirizia polverizzata; in questo ultimo modo si hanno le pillole Asiatiche, che si possono prescrivere di varia dose, secondo il caso. La seguente è la formola un po' modificata:

Acido arsenioso 130 milligrammi  
 Pepe nero e liquirizia polverizzata  
                   ana grammi 2  
 con una sufficiente quantità di mucilaggine  
 m. e div. in 32 pillole

Se ne prenda una tre volte al giorno subito dopo i pasti.

La dose di ciascuna pillola si può modificare secondo i casi.

Il liquore di arsenito di potassa si dà meglio con una tintura amara o col vino ferruginoso. Prescritto in questo modo vi è minore probabilità di disturbo gastrico ed intestinale. L'ordinare la soluzione pura, ingiungendo di prendere un determinato numero di gocce ogni volta, è, secondo me, criticabile per varii motivi, che qui è inutile riferire. La dose media adattata alla maggior parte dei casi è di tre gocce. Quattro o cinque gocce ed anche dosi più forti, spesso saranno tollerate; fra gli ammalati, però, comparativamente pochi potranno prendere più di tre o quattro gocce per un certo periodo di tempo senza alterazione dell'organismo. La soluzione di cloruro di arsenico si prescrive alla stessa dose di quella di Fowler. L'arsenico si deve sempre amministrare o coi cibi o immediatamente dopo di aver mangiato. Bisogna sempre vigilare i suoi effetti tossici e combatterli appena si osservano. Si possono pure incontrare idiosincrasie relative (1).

(1) Il valore dell'arsenico nelle malattie cutanee è stato bene studiato da Bulkley in una monografia intitolata « The use and Value of Arsenic in the Treatment of Diseases of the skin. » New York, 1876.



**Fosforo.** -- Le malattie in cui può essere prescritta questa sostanza sono quelle nelle quali sembrano indicati il ferro e l'arsenico. Nondimeno non è ben tollerato dallo stomaco, e a questo proposito è probabile che le opinioni degli osservatori sieno in parte opposte. È stato usato con successo nella psoriasi e nell'eczema, nel lupus ed in altre malattie. La migliore amministrazione è in forma di olio fosforato contenuto in capsule, nella dose di circa due milligrammi di fosforo; si dà pure nella forma di fosforo di zinco.

**Catrame, Acido carbolico.** -- Amendue queste sostanze si adoperano talvolta nelle malattie cutanee internamente con buon risultato, come nella psoriasi e nel prurito. Il catrame deve essere ordinato in capsule; l'acido carbolico si deve dare in pillole.

**Mercurio.** -- I preparati di questo metallo si usano talvolta per le alterazioni cutanee diverse da quelle di natura sifilitica. Così piccolissime dosi, toniche, di sublimato corrosivo, solo o con china, si prendono spesso con vantaggio in certe malattie croniche infiammatorie accompagnate da ingrossamento come, ad esempio, l'eczema. Nei morbi sifilitici naturalmente è efficacissimo. Le forme sotto cui si prescrive comunemente sono il cloruro corrosivo, il protoioduro, il biioduro, le pillole mercuriali e la polvere grigia. Bisogna sempre vigilare con molta attenzione l'effetto dei mercuriali nell'organismo ed in nessun caso si debbono amministrare fino a che dura lo ptialismo. Il mercurio si associa eziandio molto vantaggiosamente col ioduro di potassio. Qui bisogna ricordare la soluzione di Donovan (liquore di ioduro di arsenico e di mercurio) rimedio che ha una certa riputazione nella cura delle manifestazioni sifilitiche.

**Ioduro di potassio.** -- Questo si usa principalmente negli scrofulodermi, nel lupus eritematoso, nel lupus volgare e nei sifilodermi. In questa ultima classe di malattie si può amministrare o solo o insieme al mercurio. Le dosi in cui si prescrive variano da dieci a settantacinque centigrammi o un grammo in soluzione acquosa molto allungata. Quando si usa in malattie non sifilitiche la dose deve essere piccola. Bisogna ricordare che questo rimedio può produrre varie forme di eruzione,

**Aperienti.** -- Questa classe di rimedii è utilissima in molti morbi infiammatori. I salini lassativi, come il solfato di magnesia ed il sale di Rochelle, si devono specialmente raccomandare, e si possono amministrare, con notevole vantaggio nei primi periodi della maggior parte delle malattie acute infiammatorie. Debbono, però, usarsi con discrezione, e non mai giungere a forte purgazione. Sono utilissimi quando sono prescritti con altre sostanze, come, ad esempio, col ferro, cogli acidi, colla china, in forma di bevanda.

**Acque sorgive minerali.** -- Queste, massime quando sono dotate di virtù catartica ed alterante, si usano talvolta con beneficio notevole. Fra quelle che io ho trovato utili sono le varie acque sulfuree, come quelle di Virginia, Kentucky e di New-York, e certe sorgenti di Saratoga, come ad esempio la *Star Spring*. Le acque alcaline sono spesso utili in alcuni casi di eczema e di psoriasi.

**Diuretici.** -- I rimedii che spiegano un'influenza eliminatrice sui reni, si danno con evidente vantaggio nelle malattie gravemente infiammatorie complicate ad escrezione insufficiente, come, ad esem-

pio, nei casi di eczema e nella psoriasi. I salini, non stimolanti, sono preferibili, citrato, acetato e bicarbonato di potassio, ad un grammo o ad un grammo e mezzo per dose, giacchè da essi ordinariamente si trae il maggior vantaggio. Si può anche usare il tarassaco. Gli alcalini hanno una speciale efficacia nei casi dipendenti da gotta o reumatismo, o complicati da queste malattie. Lo stato dell'urina merita attenzione massime in alcune delle malattie infiammative, in cui è facile che sia alterata.

#### CURA LOCALE.

I rimedii esterni si usano allo scopo o di ottenere un miglioramento temporaneo o di ottenere una guarigione radicale. Sono molti, e comprendono svariate sostanze che si adoperano sole o in combinazione. Possiamo studiarle sotto i seguenti titoli:

**Bagni.** — L'acqua, quando si usa per nettare la pelle e liberarne la superficie dalle sostanze estranee, come squame e croste, o in forma di bagni, semplici o medicati, è un agente terapeutico essenziale. L'uso di essa però dovrebbe essere sempre regolato con giudizio, tanto più che in certi stati morbosi può produrre più male che bene. Quando si richiede acqua semplice, bisogna badare a procurarsela dolce e pura; molte acque sono irritanti per le cuti sensibili.

Il semplice bagno caldo è utile nelle malattie infiammative, come nella psoriasi e nelle ipertrofie dell'epidermide e del derma, per esempio, nell'ictiosi. I bagni medicati si preparano con varie sostanze. L'amido, la crusca, la gelatina e simili si aggiungono al bagno semplice allo scopo di ottenere un'acqua blanda, non irritante, che è di massima utilità negli stati infiammativi. Il catrame ed il zolfo, non che altri rimedii, si prescrivono pure in forma di bagni.

I bagni alcalini, fatti con carbonato di sodio e potassio, o con borace, hanno un'efficacia reale nelle nevrosi e nelle malattie parassitarie; anche nel periodo desquamativo di alcune lesioni infiammative, come la psoriasi. I bagni freddi, a doccia, a vapore, d'aria calda spesso sono del pari utili. I bagni continui, fatti in modo che l'infermo possa rimanere permanentemente nell'acqua per giorni o settimane, sono utili nella cura delle infiammazioni croniche diffuse, come la psoriasi ed il pemfigo e nelle scottature.

**Saponi.** — Si usano due varietà di sapone, di soda o durò; e di potassa o molli. Amendue sono importantissimi agenti terapeutici e sono richiesti in varie congiunture. Il sapone di Castiglia, rappresentante dei saponi duri, è utile principalmente per nettare la pelle dalle semplici sostanze estranee. È un sapone neutro, di azione blanda e si può usare con vantaggio in molte malattie come preparativo all'applicazione di altri rimedii.

Il sapone molle, chiamato anche sapo mollis e sapone verde, è un sapone morlido brunastro o grigiastro, contenente potassa caustica in eccesso, ma in quantità variabile. La sostanza grassa di cui si compone può essere o grasso animale od olio vegetale; può inoltre essere puro o impuro, secondo la manifattura, per cui ha caratteri variabili, come consistenza, colore, odore, ecc. È un rimedio in-

dispensabile per le mani dei dermatologi; si può usare solo, con acqua, con alcool sotto forma di tintura, o insieme ad olii o altre sostanze. È un agente deterensivo inestimabile e per lo più è tanto forte da liberare la pelle dalle squame, dalle croste, e da altre sostanze estranee. Il suo effetto sulla pelle è quello di un caustico blando. Quando si applica per un certo tempo o ripetutamente la sua virtù caustica dovrebbe essere controbilanciata dalla consecutiva applicazione di qualche sostanza oleosa o grassa, per evitare la ruvidezza, le screpolature, o le fenditure e il corrugamento dell'epidermide.

I saponi medicati, come quelli che contengono catrame e zolfo, sono talvolta utili nelle forme blande dei morbi; in generale, però si ottengono risultati migliori dalle sostanze medesime in altra forma. Tal fiata si adoperano vantaggiosamente come adiuvanti.

**Fasciature.** — Queste in certi casi si usano con vantaggio allo scopo di tutelare o di rendere più resistenti la pelle ed i tessuti sottocutanei. Nell'eczema, nell'elefantiasi Araba delle estremità e nelle ulceri, per esempio, la semplice fasciatura circolare si adopera con massimo beneficio.

**Cataplasmi.** — I preparati di questo genere non hanno che un uso limitato in dermatologia. Talvolta sono utili per togliere estese ed aderenti masse di croste, come nello eczema grave ed antico di una parte. Si adoperano altresì per mitigare il dolore e per affrettare la suppurazione nel furuncolo, e nel carbonchio e nelle infiammazioni di simil genere. Si possono preparare con farina di linseme, con amido di patate, con pane e latte e si devono sempre applicare tanto caldi quanto possono essere sopportati dalla parte, rinnovandoli spesso.

**Polveri da aspergere.** — Hanno una parte importante nella cura di certe alterazioni iperemiche ed infiammative, come nell'eritema, nell'intertrigo e nell'eczema. Si compongono o di una o di parecchie sostanze, miste in varie quantità. L'amido di frumento, l'amido di grano, l'ossido di zinco, il licopodio, l'amianto, la creta francese, le radici d'iride, l'arrow root, ridotti in polveri fine ed impalpabili, si usano tutti a questo scopo. Dovrebbero essere preparate con attenzione e dovrebbero essere perfettamente morbide e libere di granuli. Quando si applicano servono a tutelare la superficie cutanea dall'influenza dell'aria, dall'irritazione e dall'attrito e dall'assorbimento di liquidi essudati.

**Lavande.** — Le lavande costituiscono un mezzo molto opportuno e conveniente per applicare un certo numero di rimedii. In molti casi sono meglio adattati degli unguenti a mitigare le lesioni; specialmente quando la malattia occupa un'estesa superficie, come, ad esempio, nel prurito. Si possono classificare in ammollienti, stimolanti ed astringenti.

Lê lavande ammollienti sono ordinariamente preparati acquosi contenenti certe sostanze che mitigano l'irritazione nervosa e danno calma; quelle di uso comune sono lisciva nera, acqua di piombo, glicerina ed acqua in varie proporzioni, varii glicerolati, come di piombo e di bismuto, deboli soluzioni di acido fenico, di acido idrocianico e alcalini blandi. Questi si usano principalmente nelle lesioni flogistiche e più frequentemente nell'eczema.



Le lavande stimolanti per lo più contengono alcool, certi olii, acqua di ammoniaca, cantaridi, acido fenico, sublimato corrosivo, catrame, alcalini, canfora, timol, acido benzoico, cloralio, zolfo, ecc.; spesso parecchie di queste sostanze sono contenute in combinazione. Sono efficaci nelle lesioni del capo, in cui gli olii e gli unguenti sono controindicati a causa dei capelli. Sono pure utili nelle malattie delle glandole e nelle infiammazioni croniche, come nell'acne e nell'eczema.

Le lavande astringenti si fanno con alcool, con acido tannico, con allume, con ferro, con aceto aromatico e sostanze simili; il loro uso principale si fa nelle emorragie e nel sudore esagerato.

**Olii.** — Gli olii naturali possono essere o blandi o stimolanti. Alla prima classe appartengono l'olio di uliva, l'olio di mandorle dolci, l'olio di semi di lino, l'olio di castoreo, l'olio di fegato di merluzzo e gli unguenti di petrolio. Possono anche annoverarsi fra questi la glicerina, uno dei rimedii esterni più preziosi. Gli olii blandi sono utili nelle squame e croste molli, e per ungere la superficie cutanea in varii stati di essa. Entrano pure largamente nella composizione di unguenti e di lavande. Esempii di olii stimolanti trovansi negli olii derivati dal catrame, come l'olio di cade e l'olio di betula, e negli olii derivati da certe noci e balsami, come l'olio di noce cascìu, di balsamo di gurjun, ecc.

**Unguenti.** — Gli unguenti costituiscono il comune e più eccellente mezzo di applicazione dei rimedii sulla pelle. Si fanno con varii grassi, comunemente con sugna di porco e contengono una o più sostanze da cui dipende la loro principale virtù. Come le lavande e gli olii possono dividersi in ammollienti e stimolanti.

*Unguenti sedativi.* — In questa classe possono mettersi gli unguenti semplici ed i cerati, gli unguenti di glicerina, di burro di cacao, di cocomero, di petrolio, di diachilon e di ossido di zinco ed altri preparati che hanno proprietà simili. Sono di natura blanda e si usano principalmente negli stati infiammativi, allo scopo di tutelare la superficie cutanea e diminuirne l'irritazione. L'unguento diachilon, preparato o coll'empastro diachilon o col litargirio e l'olio di ulive, è un rimedio utile nella cura di molte alterazioni. L'unguento di ossido di zinco è del pari un preparato prezioso, e si usa principalmente nell'eczema. Amendue queste pomate servono molto spesso di veicolo all'applicazione di altri rimedii.

*Unguenti stimolanti.* — Questi sono i più efficaci rimedii. Si fanno con molte e svariate sostanze, che si usano o sole o in combinazione. Il catrame e suoi derivati, ad esempio, l'olio di cade e l'olio di betula meritano di essere nominati per i primi; sono segnatamente utili nell'eczema e nella psoriasi. L'acido carbolico occupa un posto appena meno importante di quello del catrame, giacchè è uno dei più utili rimedii. I preparati di mercurio, incluso l'ossido rosso, il nitrato, il ioduro rosso, il cloruro blando, il cloruro corrosivo, l'ammoniuro di mercurio e il mercurio semplice, tutti si usano e sono efficacissimi per le loro virtù in molte e del tutto diverse malattie. Il zolfo e i suoi molti composti, come i solfati e i solfiti si può pure ricordare come uno dei più importanti rimedii di questa classe. Si può qui menzionare la polvere di goa

ed il suo derivato, l'acido crisofanico (crisarobina); e anche l'acido pirogallico. La canfora ed il sottonitrato di bismuto, amendue stimolanti blandi della cute, si usano talvolta in forma di pomata con buoni risultati. Gli unguenti stimolanti si fanno di varia forza, da pochi centigrammi a parecchi grammi dell'elemento attivo per ogni trenta grammi del semplice unguento, secondo la natura del caso e lo effetto che si desidera.

**Caustici.** — Sotto questo nome si possono classificare quelle sostanze e quei preparati che hanno un effetto risolutivo, non che quelle che sono realmente caustiche. Alle prime appartengono il iodo, il sapone verde, i mercuriali, l'acido acetico, le cantaridi e simili. Fra i rimedii più energici il nitrato di argento occupa un posto importante; si usa tanto in bacchetta, quanto in soluzione ed è utile quando si desidera un effetto caustico blando o stimolante, come nel lupus, e nelle ulceri; anche è utile nelle varie formazioni superficiali.

La potassa caustica in bacchetta ed in soluzione è un escarotico molto utile ed energico. È un rimedio potente e rapidissimo per i suoi effetti distruttivi, e si deve sempre usare con precauzione. Si applica con buoni risultati nelle neoformazioni e nelle ipertrofie come nell'epitelioma, nel lupus eritematoso, nel lupus volgare ed in altre malattie. Si può usare o pura o addolcita dall'unione di altre sostanze, come la calce, nel qual caso chiamasi potassa con calce. Il cloruro di zinco è anche un caustico forte, che produce il suo effetto lentamente, ma cagiona grande dolore nel momento in cui si applica e per qualche tempo dopo. L'acido cromico è un caustico mite, utile nelle ipertrofie epiteliali, come nelle verruche e lesioni simili. L'etilato di sodio e l'acido pirogallico si possono anche ricordare qui. L'arsenico è principalmente adoperato con altre sostanze in forma di unguenti e di polveri; si prescrive in certi casi di lupus e di cancro epiteliale e come medicamento stimolante nelle ulceri indolenti. Come caustico ha un'azione lenta ma distruttiva, ha la particolare virtù di attaccare gli elementi alterati a preferenza dei sani.

L'acido nitrico ed il nitrato acido di mercurio sono adattati alla cura delle produzioni veneree, come ulceri, verruche, ecc. Si dovrebbe sempre applicare con cautela. L'acetato di zinco, il nitrato di zinco, l'acido carbolico, il cloruro di mercurio corrosivo ed altri agenti simili, si usano talvolta per cauterizzazioni superficiali.

**Parassitici.** — Sono rimedii che agiscono distruggendo i parassiti vegetali ed animali della pelle. Il zolfo e suoi composti, incluso il solfito di soda ed il solfuro di potassio, meritano il primo posto e sono efficaci in amendue i gruppi di malattie. Lo stirace ed il balsamo del Perù sono specialmente efficaci a distruggere l'acaro; colla staphisagria, col coccus Indicus, col precipitato bianco, coll'unguento mercuriale, col sublimato corrosivo e col petrolio si distruggono completamente i pidocchi. I parassiti vegetali sono distrutti da molti rimedii; fra cui i mercuriali, più specialmente il sublimato corrosivo, i precipitati rosso e bianco, il solfato giallo ed il solfuro rosso si debbono mettere nel posto più importante. Anche altri rimedii servono allo stesso scopo, come, ad esempio, il catrame, il creosoto, l'acido carbolico, l'acido salicilico, il ti-

mol, l'acido borico, la veratrina, il carbonato di potassio, il borace, l'alcool, il iodo, la cantaride, ecc.

**Elettricità.** — Questo agente terapeutico può talvolta applicarsi con buoni risultati in certe malattie, massime in quelle in cui vi è evidente partecipazione del sistema nervoso, come nello erpete zoster, e nelle nevrosi; anche nelle atrofie. La corrente galvanica — da cinque a cinquanta elementi — è quella da cui forse si hanno i migliori effetti; è pure utile la corrente faradica. L'applicazione può essere centrale o direttamente sulla parte ammalata. L'elettrolisi o decomposizione dei tessuti per mezzo della corrente galvanica è efficace nella cura di certi tumori; tubercoli, nei, ipertrofie, tumori di tessuto connettivo, ecc. Si fa per mezzo di aghi, nel sito ordinario degli elettrodi, conficcati nei tessuti ed attraverso di essi si scarica la corrente.

## PROGNOSI

Quanto alla prognosi poco si può dire in tesi generale. L'argomento riguarda i casi individuali di malattie più che le classi. Le malattie cutanee sono o acute o croniche; alcune sono invariabilmente acute, come quelle appartenenti al gruppo degli erpeti; altre sono quasi sempre croniche, come, ad esempio, la psoriasi. La maggior parte delle alterazioni però, considerando le cose sotto un aspetto generale, tendono alla cronicità; molte sono ostinatissime, durando per anni; altre, come quelle congenite, comunemente si prolungano per tutta la vita.

Le anomalie di secrezione spesso sono ribelli alla cura, come si osserva talvolta nella seborrea e nell'iperidrosi. Le iperemie attive, finchè restano tali, sono efimere e non debbono dar pensiero. Ma bisogna ricordare che se l'azione della causa si prolunga o oltrepassa un certo limite, il processo diviene infiammatorio, e perciò la prognosi si fa grave.

È impossibile parlare in termini generali delle malattie infiammatorie considerate come classe, giacchè mentre alcune finiscono favorevolmente e in un determinato periodo, altre possono finire disastrosamente, come, ad esempio, il pemfigo; questo ultimo risultato d'altronde è raro. Alcune lesioni infiammatorie tendono a divenire croniche, durando non di raro mesi ed anni; come esempi si possono citare l'eczema, la psoriasi e la sicosi non parassitaria.

Le emorragie si devono riguardare sotto un aspetto favorevole o sfavorevole secondo la loro gravità e diffusione.

Le ipertrofie, generalmente, hanno un'indole benigna; hanno un corso lento e spesso perdurano per tutta la vita. Alcune sono incurabili. La stessa cosa si può affermare delle atrofie.

I neoplasmi, o neoformazioni, sono o benigni o maligni. La prognosi dipenderà totalmente dalla natura del caso che si osserva. Il lupus, la sifilide, la leprosi, il carcinoma ed il sarcoma hanno tutti una prognosi grave; sono malattie gravi, di cui parecchie spesso terminano colla morte; d'altra parte alcune malattie di questa



classe, come il fibroma mollesco, non danno origine ad altro disturbo che alla molestia ed alla deformità.

Le nevrosi hanno una durata variabilissima; talvolta sono vinte presto dalla cura, in altri casi sono più ostinate. Generalmente apportano molestia all'infermo.

Le malattie parassitarie sono tutte curabili.

## CLASSIFICAZIONE

La Classificazione nello studio delle malattie cutanee mira ad aggruppare, per meglio conoscerle e ricordarle, le alterazioni che sono simili per la loro intima natura. Sono state proposte varie vie per raggiungere questo scopo. Il metodo che mi sembra più utile praticamente ed al tempo stesso atto alla più estesa e scientifica elaborazione, fondasi sull'anatomia e patologia.

La classificazione che qui presentiamo è quella di Hebra modificata. Come si vedrà, si fonda sovra una base anatomica e patologica, tranne l'ultima classe, che è etiologica. La prima classe comprende alterazioni funzionali dell'apparecchio glandolare senza infiammazione primitivamente. Nella maggior parte dei casi però, la natura del processo patologico, una agli elementi speciali passionati, servono di base per aggruppare le malattie.

### I. CLASSE. ANOMALIÆ SECRETIONIS — ALTERAZIONI DELLA SECREZIONE.

Seborrea.	}	Glandole sebacee.
Comedone.		
Milio.		
Mollusco sebaceo.		
Cisti sebacea.	}	Glandole sudorifere.
Iperidrosi.		
Anidrosi.		
Bromidrosi.		
Cromidrosi.		
Sudamina.		

### II. CLASSE. HYPERÆMIÆ — IPEREMIE.

Eritema semplice.	}	Eritematoso.
Eritema intertrigo.		

### III. CLASSE. EXSUDATIONES — INFIAMMAZIONI.

Eritema multiforme.	}	Eritematoso.
Eritema nodoso.		
Urticaria.		
Eczema.	}	Eritematoso, vescicolare, pustoloso, squamoso.

Erpete.	}	Vescicoloso.
Erpete zoster.		
Erpete iridato.		
Miliare.		
Pemfigo.		Bollosa.
Lichen Rubro.	}	Papuloso.
Prurigo.		
Lichen scrofoloso.		
Acne.	}	Pustoloso.
Acne rosaceo.		
Sicosi non parassitaria.		
Impetigo.		
Impetigo contagiosa.		
Ectima.	}	Squamoso.
Psoriasi.		
Pitiriasi rubra.		
Furuncolo.	}	Flemmonoso.
Antrace.		
Dermatite.	}	Eritematosa, vescicolare, bollosa, ecc.

## IV. CLASSE. HÆMORRAGIÆ — EMORRAGIÆ

Porpora.		Derma, ecc.
----------	--	-------------

## V. CLASSE. HYPERTROPHIÆ — IPERTROFIE.

Lentigo.	}	Pigmento.
Cloasma.		
Neo pigmentario.		
Callosità.	}	Epidermide, Papille.
Callo.		
Corno cutaneo.		
Verruca.		
Ictiosi.		
Cheratosi pilare.	}	Derma.
Scleroderma.		
Morfea.		
Sclerema dei neonati.		
Elefantiasi Araba.		
Dermatolisi.	}	Pelo.
Ipertrofia del pelo.		
Ipertrofia dell' unghia.		

## VI. CLASSE. ATROPHIÆ — ATROFIE.

Albinismo.	}	Pigmento.
Vitiligo.		
Canizie.		
Atrofia della cute.	}	Derma.
Atrofia senile		
Strie e macchie atrofiche.		

Alopecia	}	Pelo.
Alopecia areata.		
Atrofia del pelo.		
Atrofia dell' unghia.		Unghia.

## VII. CLASSE. NEOPLASMATA — NEOFORMAZIONI.

Cheloide.	}	Tessuto connettivo.
Fibroma mollusco.		
Xantoma.		
Rinoscleroma.	}	Cellulare.
Lupus erimatoso		
Lupus volgare.		
Scrofuloderma.		
Lepa.		
Sifiloderma.		
Carcinoma.		
Sarcoma.		
Neo vascolare.	}	Vasi sanguigni.
Telangiectasia.		
Linfangioma.		Linfatici.
Neuroma.		Nervi.

## VIII. CLASSE. NEUROSES — NEVROSI.

Iperestesia.	}	Iperestesia.
Dermatalgia.		
Prurito.		
Anestesia.		Anestesia.

## IX. CLASSE. PARASITÆ — PARASSITI.

Tigna favosa.	}	Vegetale.
Tigna tricoftica.		
T. circinata.		
T. tonsurante.		
T. sicosi.		
Tigna versicolore.		
Scabbia.	}	Animale.
Pediculosi del capo.		
Pediculosi del corpo.		
Pediculosi del pube.		



# PARTE SECONDA

## MALATTIE SPECIALI

---

### CLASSE I.

#### ANOMALIÆ SECRETIONIS — ALTERAZIONI DELLA SECREZIONE.

Questa classe abbraccia un gruppo importante di malattie. Risulta di varii disordini funzionali delle glandole del sebo e del sudore. Le malattie che qui studiamo sono a rigor di termini quelle della secrezione anormale. Le affezioni delle glandole accompagnate da infiammazione, come, ad esempio, l'acne, appartengono alle Infiammazioni.

#### SEBORREA

*Sin.* Pityriasi; Stearrea; Steatorrea; Flusso sebaceo; Cute untuosa; Acne sebaceo; Seborragia; Tigna furfuracea; Tigna amiantacea; Tigna Asbestina; Ictiosi sebacea; *Ing.*, Dandruff; Dandriff; *Ted.*, Schmeerfluss; *Gneis*; *Fr.*, Acné Sébacée.

La seborrea è una malattia delle glandole sebacee caratterizzata da un'esagerata e patologica secrezione di sostanza sebacea, che forma sulla pelle uno strato untuoso, una crosta, o squame.

**Sintomi.** — La seborrea si può mostrare su qualunque parte del corpo, quantunque, come la maggior parte delle malattie cutanee, abbia siti di elezione in cui si manifesta. Il sito molto comune è il cranio; dopo, per ordine di frequenza, è la faccia. Sul corpo si osserva molto frequentemente verso il dorso, fra le scapole e sul petto, superiormente alla regione sternale. Si presenta in tutti i periodi della vita, dalla nascita all'età matura. Nei neonati costituisce la *vernix caseosa*, o *smegma*, e può trovarsi in leggiero grado, o come strato denso che avvolge tutto il corpo e si dee ritenere come processo fisiologico più che patologico. Può restare sul cranio dei bambini per i primi mesi della vita, in forma di accumulazione più o meno compatta, giallastro-sporca, crostosa o squamosa.

Il corso della seborrea è variabile. Talvolta è una leggerissima alterazione, che sparisce o spontaneamente o con una cura semplice. In altri casi è grave e può continuare per anni a meno che non sia opportunamente curata; ma può essere ostinatissima anche se combattuta con una cura giudiziosa. Lo stato generale di salute ha un'influenza notevole sul suo corso; a misura che esso migliora, le glandole, naturalmente, tendono ad assumere un'azione normale.

Lo stato della pelle varia secondo il grado dell' alterazione non che secondo la sua natura. Nella maggior parte dei casi la malattia non è infiammatoria, non essendovi rilevante rossore della superficie cutanea, nè calore. In alcuni casi, d'altra parte, vi sono grave iperemia o segni infiammatori; giacchè la pelle è rossa e la malattia è accompagnata da bruciore e da prurito. Questi ultimi sintomi possono esservi o mancare; quando vi sono varî soggetti a variare per grado. Spesso si accusa prurito e talvolta è causa di forte molestia. Nelle forme più infiammatorie, come si osservano sulle guance, vi hanno sensazioni di evidente bruciore.

Lo stato generale degli ammalati che hanno seborrea, massime nei casi rilevanti, ordinariamente non è normale. Spesso hanno sintomi di anemia o di clorosi, come pallore della faccia, freddo alle mani ed ai piedi ed altri segni di cui si tratterà nell' esporre l' etiologia. La seborrea generalmente migliora nell' estate e peggiora nell' inverno e può anche cessare in parte o totalmente nel tempo caldo. Può sempre recidivare fino a che guarisce completamente.

Vi sono due varietà distinte di seborrea, che s' indicano rispettivamente coi nomi di seborrea untuosa e seborrea secca, secondo la natura del secreto prodotto. Talvolta si osservano insieme, per lo più in diverse regioni, come sul cranio e sulla faccia. Inoltre, siccome gli aspetti clinici sono anche diversi, le studierò separatamente.

**SEBORREA UNTUOSA.**—Si mostra sotto l'aspetto di uno strato oleoso, grasso, sulla pelle, che comunica a questa una sensazione ed aspetto untuoso. La secrezione è di natura evidentemente grassa e può essere in tale quantità da raccogliersi in gocce sulla superficie cutanea, nel qual caso si vede come liquido limpido, di colore giallastro e di composizione grassa. Si mostra nelle parti del corpo che sono provvedute di peli e in quelle che ne mancano. La sua sede più comune è la regione della faccia e più specialmente il naso e la fronte. Qui si osserva generalmente come uno strato grasso, che spesso contiene particelle più o meno polverulenti e fini di sudiciume prese dall' aria, che fanno sembrare la pelle apparentemente spalmata di unguento sporco. Questo prodotto è dato in quantità variabili, talvolta formasi lentamente e non produce che lieve molestia all' infermo, il quale cerca di liberarsene con lavande ripetute. In altri casi, però, è segregato esageratamente e costituisce una delle più moleste alterazioni. Si nota, non frequentemente, nelle parti pelose del corpo. Sul cranio dei calvi presentasi più specialmente, dando alla cute del corpo l'aspetto della cute che è stata unta. Non sono comuni i casi di rilevante seborrea untuosa.

**SEBORREA SECCA.** — Questa è la varietà che s' incontra ordinariamente. Si manifesta tanto sulle parti pelose, che su quelle sprovviste di peli. Consiste nella formazione di masse squamose o croste più o meno grasse, grigiastre, giallastre o brunastre, che hanno una tendenza ad aderire alla pelle. Una forma mista della malattia si nota anche frequentemente, manifestandosi qua e là o di quando in quando amendue le varietà.

Si può studiare in primo luogo la seborrea delle regioni pelose, più specialmente del capo.

SEBORREA DEL CAPO. — Questa non solo è la forma locale più comune della malattia, ma eziandio la più importante, a causa delle conseguenze deformanti che con probabilità ne risultano. È una delle più frequenti cause della calvizie prematura. La malattia è contraddistinta dalla larga formazione di squame grigiastre o giallastre che si vedono per lo più uniformemente distribuite sul cranio. Possono essere o piccole, secche e polverulenti, situate molto vicine alla superficie cranica e distaccate dai capelli, o possono starvi in masse sottili o grosse, come croste, aderenti intimamente alla cute come una veste. In questi ultimi casi i capelli sono incollati al cranio. In ambo i casi le squame cadono e si raccolgono sulle spalle dell'ammalato. Se di quando in quando non si netta la testa e non si libera dalle masse accumulate, si formano grosse ed estese masse o falde, che coprono completamente la regione ed impediscono al capello di crescere. Il capello stesso presto o tardi si altera; perde il suo lucido, è secco ed apparentemente morto e subito comincia a cadere. Questo non è che l'esordio, giacchè talvolta il processo finisce colla perdita permanente e più o meno completa dei capelli, massime sul vertice. I follicoli sono stati così a lungo sottoposti all'azione del secreto morboso delle loro glandole, che se ne è alterata la struttura e in molti casi si sono completamente chiusi.

Se si distaccano le squame, il cranio ordinariamente presenta un colore scuro grigiastro, o azzurro grigio, una tinta smorta speciale, anemica, caratteristica. Questo aspetto si osserva quasi sempre nei casi cronici, torpidi, in cui lo stato generale è in via di evidente deperimento. La malattia può attaccare tutto il cranio, uniformemente, o soltanto qua e là; il primo modo si osserva comunemente. Il vertice del capo è il suo sito prediletto. Da queste osservazioni si rileverà che la seborrea, quantunque spesso è un'alterazione di non grave conseguenza apparentemente, può avere effetti disastrosi se non se ne arresta il corso. Una alla seborrea del capo si può ricordare quella che ha luogo nelle parti pelose della faccia, come, i mustacchi, il pizzo e le sopracciglia, ove può produrre dispiacevoli conseguenze. I sintomi sono identici a quelli della seborrea del capo.

Talvolta si osserva uno stato della testa in cui la natura del processo è in certo modo dubbia. È discutibile fin a qual grado sono primitivamente alterate le glandole sebacee e se la malattia non si dee ritenere piuttosto di natura infiammativa. È qualificata da uno stato più o meno iperemico e flogistico del capo, accompagnato dalla formazione di squame epiteliali, sottili e secche e spesso da bruciore o prurito molesti. Può avere un corso acuto o cronico ed è soggetto ad aggravamenti. Si presenta in coloro i cui capelli sono abbondanti come in quelli che li hanno scarsi. Questa forma di malattia è stata minutamente studiata da Pincus (1), da Piffard (2)

(1) Virchow's Archiv., Bd. xli., 1867, p. 322.

(2) Diseases of the Skin, New York, 1876, p. 192.



e da Van-Harlingen (1), il quale la ritiene come forma distinta di seborrea e la chiama pitiriasi semplice.

**SEBORREA DELLA FACCIA.** — Si osserva la seborrea in questa regione principalmente dai quindici ai trenta anni. Si manifesta sulla fronte, sulle gote, e sul naso, passionando solamente qualcuna di queste parti, o tutte contemporaneamente e tende ad essere grassa, quantunque spesso si osservi la forma secca (2). La pelle può essere o no iperemica, più di raro è infiammatoria. Talvolta è rossastra, calda ed irritabile ed accompagnata da bruciore e da prurito, massime nella varietà secca; nella forma grassa questi sintomi si osservano di raro. Sulla faccia vi può essere la seborrea grassa in tutti i gradi, dal più leggiero al più forte. Si mostra come una pellicola brillante, grassa sulla pelle, generalmente alla fronte, sulle guance e sul naso. La seborrea secca presentasi come una secrezione più o meno compatta, a strato sottile o denso, grassa, spesso come una maschera della parte. Aderisce solidamente alla cute, cui è legata per mezzo dei prolungamenti sebacei che vengono direttamente dai follicoli. Queste croste sebacee ordinariamente si osservano sulle gote, sul naso e sulla fronte e sono deformanti. Il loro colore generalmente è giallastro, ma possono essere verdastre, brunastre, o anche nerastre. Particelle di sostanza estranea di una o altra specie talvolta si accumulano sulla superficie cutanea e possono incorporarsi alla crosta. Il processo ordinariamente è attivo, rinnovandosi rapidamente le croste, non ostante le lavande frequenti e gli altri mezzi che si adoperano per allontanarle. In questa regione la malattia può essere accompagnata da sensazioni di prurito e di bruciore; questi sintomi, però, ordinariamente non sono costanti, ma sono soggetti ad aggravamenti che vanno di pari passo col processo. In altri casi, di tipo meno iperemico, non si trova nessun sintomo di questa specie.

**SEBORREA DEL NASO.** — Questa merita una menzione speciale. Il naso per lo più è rossastro, lucido ed untuoso. Il rossore ordinariamente è rilevante e può fare sorgere nell'ammalato allarme più della secrezione anormale.

Il naso non è aumentato di volume, non è turgido o caldo, al contrario è ordinariamente freddo. Le aperture dei follicoli sono più dilatate e beanti, ciò che denota mancanza di tono e vitalità nella parte. La seborrea della faccia, e specialmente del naso, è una delle conseguenze del vaiuolo e spesso continua per un notevole periodo di tempo dopo cessata la malattia originaria.

**SEBORREA DEI GENITALI.** — A causa del loro grande numero e volume in queste regioni le ghiandole sono una sede frequente di seborrea. Questa specie di seborrea è del pari comune nei due sessi. Nel maschio il ghiande e il solco sono i siti ove per lo più si conserva, e forma una massa biancastra, molle, caseosa, che si raccoglie intorno alle parti. Lo stesso prodotto trovasi nella donna sulle labbra e sulla clitoride.

Può esservi in grado leggiero, costituendo appena una malattia, o può divenire abbondante e produrre sintomi infiammativi, che nel

(1) Archives of Dermatology, April, 1878. p. 102.

(2) Veggasi la Tav. W del mio Atlas of Skin Diseases.

maschio, in caso di prepuzio lungo, possono produrre la balanite. La decomposizione di questa sostanza sebacea ha luogo rapidamente ed è molto favorita dall'umidità e dal calore.

**SEBORREA DEL CORPO.** — È necessario esporre come qui si manifesta la malattia, giacchè assume sembianze le quali sono del tutto diverse da quelle che si osservano altrove. Il dorso, fra le scapole, e d'avanti le regioni clavicolari e sternale, sono i due siti in cui generalmente mostrasi il morbo. L'una e l'altra di queste regioni spesso sono attaccate contemporaneamente. Per la diversità della struttura anatomica della pelle, le lesioni sono un poco dissimili.

Sul dorso si formano isole di varia estensione e forma; possono essere quanto un'unghia del dito o quanto un dollaro di argento. Possono esservi separatamente, ma più spesso confluiscono, formando un'isola continua di forma irregolare. Sono rosee o rossastre, ma essendo parzialmente coperte da squame giallastre o grigiastre sovente hanno un aspetto pallido. Le squame di raro sono copiose; per lo più sono scarse e in molti casi mancano totalmente, essendo state distaccate e portate via dall'attrito delle vesti. Le aperture dei follicoli si osservano beanti e che scaricano lentamente la loro secrezione. Le isole di raro hanno un perimetro determinato e talvolta confondendosi scambievolmente coprono le spalle e la parte superiore del dorso, come una macchia diffusa, imperfettamente sviluppata, che rassomiglia per l'aspetto generale alla tigna circinata. Papule di acne e pustole si osservano talfiata quà e là intorno ai margini del sito alterato.

Sul petto le macchie ordinariamente hanno una forma circolare e sono costituite da una base pallida rossastra, coperta da squame simili a pellicole, di colore grigiastro o giallastro scuro e sono grasse o aggrinzite e secche. Per lo più hanno una periferia ben determinata; possono essere o isolate, come spesso incontra, o confluire formando una vasta macchia. Ve ne possono essere una, o due o una dozzina. La seborrea di questa regione si può rassomigliare molto alla tigna circinata. Ha un corso lentissimo, ma è soggetta a cangiamenti, migliorando e peggiorando a volta a volta. Può sparire completamente o parzialmente durante il tempo caldo.

**Etiologia.** — Le cause che danno origine alla seborrea sono molte, ma la maggior parte sono relative ad un deperimento dello stato generale. Prima di pensare a queste bisogna ricordare che una certa quantità di sostanza sebacea sulla pelle è normale e molto adatta a tutelarla. Nei neonati, per esempio, lo smegma compie una funzione fisiologica preziosa. Questa seborrea si deve ritenere come malattia soltanto quando la secrezione è prodotta in estrema quantità o in forma non normale.

Le cause che danno origine alle due varietà dell'alterazione sono identiche, particolari condizioni individuali che determineranno se il processo avrà luogo in forma grassa o secca.

Coloro che hanno pelo chiaro e buona complessione sono più predisposti alla varietà secca, mentre quelli che hanno peli e cute scuri per lo più presentano la forma grassa. Hebra per il primo notò con chiarezza il fatto che la seborrea in molti casi dipende da uno stato clorotico o anemico. Questo in ambo i sessi è una causa comune. I seborroici generalmente sono sottili; con tessuti flaccidi e

spesso hanno una tendenza all'acne papuloso leggiero o ai comedoni; hanno una meschina costituzione, o strumosa. Le varie funzioni del corpo spesso sono alterate; massime nelle donne le cui regole e funzioni intestinali sono più o meno irregolari. Da ciò move che la seborrea è tanto frequente nel periodo dell'adolescenza, quando tutte le forze del corpo sono in attività e stanno per stabilirsi le funzioni comuni dell'età adulta. La malattia s'incontra in ambo i sessi, ma è più frequente nelle donne.

Può mostrarsi in qualunque epoca della vita, quantunque sia molto più frequente nel primo periodo dell'età adulta. Come ho già detto, tutti gli stati caratterizzati da debolezza generale e nutrizione insufficiente, da qualunque causa, possono esserne cagioni. Si osserva insieme o consecutivamente agli esantemi, alle febbri gravi, alla sifilide, alla tubercolosi e malattie affini.

Avendo enumerato alcune delle cause note, bisogna anche dire che può manifestarsi in individui i quali sembrano sotto ogni altro aspetto sanissimi, non essendo valutabile nessun'altra causa della malattia. Questi casi del resto sono raramente ostinati e per lo più guariscono colla cura locale.

**Patologia.** — La seborrea è un'alterazione funzionale delle glandole sebacee, che consiste in un'emissione aumentata e per lo più alterata del secreto, con una quantità variabile di squame epitiliali provenienti dalle glandole e dai loro dotti. Contemporaneamente si distacca una quantità più o meno rilevante dallo strato corneo dell'epidermide. Il sebo segregato può essere oleoso o più tenace, per la quale differenza si hanno parecchie forme di malattia. Si sa che allo stato sano le glandole sebacee segregano una quantità variabile di sebo nelle diverse regioni; poichè alcune parti della pelle, come quella del cranio, ne hanno bisogno in grande quantità, mentre altre una scarsa. La seborrea è comunissima là ove le glandole sono normalmente più attive, come sul capo, e sulle guancie. Trattasi di un disordine totalmente funzionale, giacchè non ha luogo nessuna alterazione della loro struttura. Al tempo stesso, se si lascia corso libero al processo per un tempo indefinito, hanno luogo alcuni cangiamenti organici, come l'atrofia delle glandole, dei follicoli e degli elementi adiacenti, e ciò si osserva non di raro sul cranio. Il prodotto della seborrea, esaminato col microscopio, è una massa amorfa, grassa, leggermente granulare, con cellule epitiliali, provenienti dalle pareti glandolari e dei loro dotti. Il sebo e le squame variano per quantità. In alcuni casi le cellule epitiliali sono molto più abbondanti della sostanza sebacea, giacchè il prodotto emesso è principalmente costituito da epitelio di natura più o meno alterata. La qualità della secrezione anche varia, poichè la sua natura è relativa, fino ad un certo punto, alle particolarità dell'organismo.

**Diagnosi.** — La seborrea è una malattia i cui aspetti variano notevolmente coll'intensità del processo. Ha pure aspetti molto diversi nelle varie regioni del corpo.

Vi sono parecchie alterazioni che talvolta rassomigliano ad essa tanto da rendere difficile la diagnosi. Le riferiremo qui appresso.

Sul cranio si può facilmente scambiare coll'eczema secco. Quando vi è la seborrea, ordinariamente occupa la maggior parte del capo



più o meno uniformemente; l'eczema può essere circoscritto, mostRANDOSI a tratti isolati. Le squame sono generalmente copiose nella seborrea e si formano rapidamente; nell'eczema per lo più sono scarse. La pelle in un tratto attaccato da seborrea ordinariamente è pallida; quella dell'eczema è sempre rossastra e più o meno infiltrata ed ingrossata. La seborrea è sempre una lesione secca; nello eczema frequentemente vi è umidità in un dato periodo del corso del morbo. Il prurito della seborrea raramente è così forte come quello dello eczema. Sulla faccia può anche rassomigliare all'eczema, massime alla varietà eritematosa. Le grosse croste sebacee che talvolta si presentano sulle guance, in certi casi non sembrano dissimili da quelle dell'eczema vescicoloso; ma la storia della malattia coadiuverà a stabilire la diagnosi nei casi dubbii.

La seborrea rassomiglia molto altresì alla psoriasi, sia se si manifesta sul capo, sia sul corpo. Nella seborrea la lesione per lo più è uniformemente diffusa sul capo; nella psoriasi le isole sono, generalmente, sparse irregolarmente, con tratti di cute sana interposti fra di esse; i loro confini inoltre sono bruscamente delineati. Nella seborrea le squame sono minute o incrostate, grigiastre o giallastre e danno una sensazione untuosa; nella psoriasi sono più copiose, molto più larghe, più grosse e più bianche. Nella seborrea il capo è soltanto eccezionalmente iperemico o infiammato; più spesso è pallido, anemico e color di piombo. Nella psoriasi, sotto le squame il capo è sempre rossastro ed infiammato. Questo ultimo carattere, secondo me, è di gran valore a coadiuvare la diagnosi. Oltre a ciò le storie delle due malattie sono diverse.

La seborrea del capo si può appena confondere colla tigna tonsurante, ma sul petto non di raro sembra somigliantissima alla tigna circinata. La sua storia, la lentezza del suo corso e la sensazione di materia grassa, non che l'aspetto delle squame e l'esame microscopico delle stesse, serviranno sempre a distinguerla dalla tigna circinata.

La sorprendente somiglianza fra la seborrea e le forme miti di lupus eritematoso rende di quando in quando difficile la diagnosi. Qui bisogna ricordare che il lupus eritematoso non di raro fa la sua prima comparsa come seborrea congestiva. Quando è pienamente sviluppato, però, gli aspetti qualificativi del lupus sono abbastanza rilevanti per fare evitare un errore. La seborrea di raro presenta la linea brusca di separazione che si vede nel lupus eritematoso; nè ordinariamente è accompagnata da segni flogistici. La seborrea, oltre a ciò, non è mai accompagnata da infiltrazione e da ingrossamento, amendue sintomi costanti del lupus. Le isole di seborrea sono rosee o rossastre, ma di raro hanno una tinta scura; nel lupus ponno anche avere una tinta rosea, ma più spesso sono rosse scure o violacee e coperte da squame tenaci. Patologicamente la seborrea è un'alterazione funzionale; il lupus è una neoformazione, composta di cellule. La seborrea, finalmente, differisce dal lupus in quanto che non è seguita da tessuto cicatriziale.

**Cura.** — Bisogna esporre la cura locale e generale. Possono essere fatte separatamente o insieme. Si debbono prescrivere i rimedii interni in quei casi in cui vi è evidente disturbo funzionale di qualcuno degli organi del corpo, o in cui vi è bisogno di una

cura ricostituente generale. La storia dell'ammalato ed il corso della malattia debbono essere attentamente studiati. Le cause da cui è prodotta la lesione spesso sono così oscure da richiedere un profondo studio. Le indicazioni saranno date da quei sintomi che già sono stati esposti nel parlare dell'etiologia del morbo.

Importa che il malato stia in buone condizioni igieniche. Molta aria e fresca ed il moto sono due preziosi ausiliarii nella cura di una certa classe di seborree. Le giovani donne specialmente dovrebbero quotidianamente fare un moto regolare. Il cibo dovrebbe essere della miglior qualità e quanto più è possibile nutriente. Si deve prescrivere l'olio di fegato di merluzzo a larghe dosi, da prendere per molto tempo; nella maggior parte dei casi sarà molto utile. Il ferro anche giova e per alcuni mesi si dovrebbe prendere in proporzionata dose. È buona la formola seguente.

Pr. Tintura di cloruro di ferro  
Acido fosforico diluito  
                    ana grammi 28.  
Sciroppo di limone  
                    grammi 56.

M. — S. Mezzo cucchiaino da tè tre volte al giorno in un bicchiere da vino pieno d'acqua. Da prendere attraverso un tubo di vetro.

Altri preparati ferruginosi si possono prescrivere a seconda dell'età e delle altre condizioni. In alcuni casi l'arsenico in piccole dosi agisce vantaggiosamente, massime dopo una cura di ferro. Si può prescrivere utilmente col vino ferruginoso:

Pr. Liquore di Fowler grammi 3  $\frac{1}{2}$   
Vino ferruginoso                   » 112

M. — S. Un cucchiaino da tè tre volte al giorno immediatamente dopo i pasti.

Il zolfo e suoi composti, segnatamente i solfiti, debbono essere ricordati come efficaci rimedii. Le dosi debbono essere piccole e la cura si deve continuare per settimane o mesi. Il solfito di calcio si può dare alla dose di un mezzo centigrammo o di un centigrammo tre o quattro volte al giorno. Oltre ai mezzi indicati, bisogna mettere in opera tutti quelli che si credono utili a migliorare lo stato generale, giacchè in molti casi solamente preoccupandosi dello stato generale dell'infermo si assicura un miglioramento permanente.

La cura locale è anche importante. Deve variare un poco secondo che la sede della malattia è questa o quella regione. La seborrea del capo richiede cure speciali. Se vi è accumulazione di sebo e di squame bisogna toglierli e nettare perfettamente la cute per poterla osservare bene. Ciò è necessario per conoscere lo stato dei tessuti, dei follicoli, delle glandole e dei capelli. Talvolta la massa della sostanza sebacea è così densa e indurita che l'ordinaria lavanda col sapone e l'acqua non è sufficiente a pulire il capo. In questo caso bisogna prima spalmarvi uno degli olii blandi e lasciarvelo per un certo tempo per fare rammollire e rompere la crosta. A questo scopo è da preferire l'olio di uliva o di mandorla. L'infermo dovrà versare una buona quantità di olio sul capo e strofi-

narvelo bene saturandone le squame. La quantità da adoperare varierà secondo l'abbondanza dei capelli, il numero delle squame e la secchezza del capo. Se ne deve applicare a sufficienza per ram-mollire e disgregare le masse. L'applicazione deve farsi la notte. Si porterà un berretto che si adatti bene al capo, di flanella e una fasciatura per fare inzuppare la parte. La mattina seguente si toglierà il berretto e si laverà tutto il capo con acqua calda e sapone. L'ordinario sapone duro per lo più non è abbastanza efficace a liberare il capo dall'olio e dalla sostanza sebacea; a questo scopo è utile la seguente formola: (1)

Pr. Sapone verde gram. 248  
Alcool » 112

Sciogli e filtra.

S. Si usi come lavanda saponata.

Si può versarne un cucchiaino da tavola sul capo insieme ad una piccola quantità di acqua e con la frizione si produrrà una copiosa schiuma. Questa si stropiccerà sul cranio e dopo si laverà con acqua calda abbondante. Il sapone verde si può anche usare solo, però l'alcool agisce bene sugli olii. Dopo di ciò si asciugano i capelli bene con morbidi tovagliuoli; se sono molto lunghi e folti col calore del fuoco. Fo notare che non è mai necessario tagliare i capelli per agevolare la cura. Le applicazioni si possono fare con molta speranza di successo sia quando i capelli sono lunghi, sia quando sono stati tagliati. Compiuti la lavanda ed il prosciugamento è necessario applicare qualche sostanza oleosa o grassa. Se non si fa ciò i capelli ed il cuoio capelluto diventano aridi e duri. Infatti l'applicazione di qualche olio o altra simile sostanza è una parte di questo metodo di cura. Il genere di olio o pomata da usare varierà secondo lo stato del capo. Se è irritato si userà uno degli olii semplici, come l'olio di mandorle, o la vaselina, questa ultima è preferibile benzoata nella proporzione di qualche centigrammo per ogni grammo. La glicerina e l'acqua, una parte su quattro od otto, costituiscono anche un eccellente preparato oleoso blando. La glicerina e l'alcool, una parte su due o su quattro, talvolta saranno pure utili. Nella maggior parte dei casi però i preparati stimolanti saranno utilissimi. L'acido carbolico spesso agisce favorevolmente combinato con un olio e l'alcool nel modo seguente:

Pr. Olio di ricini grammi 7  
Acido carbolico gocce 20  
Alcool grammi 84  
Olio di mandorle amare gocce 4

M. — S. Da applicare dopo la lavanda.

La tintura di cantaridi, la tintura di noce vomica, la tintura di capsico, il cloralio, il sublimato corrosivo ed altre simili sostanze, possono in pari modo adoperarsi quando è richiesta una stimolazione

(1) Questo preparato ed il modo come si usa furono introdotti nella pratica da Hebra. Si può fare in diverse proporzioni e profumare secondo i gusti dell'ammalato. Invece dell'alcool si può usare l'acqua di Colonia.



diretta. Gli unguenti anche si usano con buon risultato. Si dovrebbero adoperare in piccole quantità e stropicciarli bene sul cuoio capelluto. Il zolfo precipitato da due grammi a 3,<sup>gr</sup>80 per ogni trentuno grammi merita il primo posto. L'ossido rosso di mercurio e l'ammoniuro di mercurio sono anche utili da 30 a 90 centigrammi per ogni 31 grammi e si possono prescrivere con buoni risultati insieme agli unguenti di petrolio, nel modo seguente :

Pr. Ossido rosso di mercurio,	centigrammi	30
Unguento di petrolio	grammi	31

M. F. ung.

S. Si applichi una piccola quantità una volta al giorno.

Avendo enumerato alcuni dei preparati che si possono adoperare per lavare il capo, ci restano a dare alcune norme circa la frequenza di queste applicazioni. Secondo l'attività del processo, la quantità delle squame, il prurito, e lo stato generale del capo, il nettamento si deve ripetere ogni giorno, un giorno sì ed uno no, o secondo richiede il bisogno. L'olio o l'unguento si adoperano dopo ciascuna lavata. Talvolta, quando le squame non sono copiose, è bene applicare l'olio o l'unguento senza precedente lavanda. La cura dee durare per settimane o mesi, finchè ha luogo un reale miglioramento.

La cura locale della faccia, del corpo, e delle regioni sprovviste di peli è in certo modo simile a quella testè descritta per il capo. Le masse di squame o le croste sebacee si allontanano con frequenti lavande o bagni caldi, insieme a saponi proporzionatamente alcalini. Dopo una buona pulizia si useranno, secondo l'indicazione, gli unguenti e i lavacri solforosi, le lavande alcoolizzate, le pomate mercuriali, gli olii blandi o gli unguenti blandi. Il genere di applicazione da preferire dipenderà dallo stato della parte, dalla varietà del morbo, dalla iperemia e finalmente, dopo gli esperimenti, da quei rimedii che si mostreranno più efficaci. Lo zolfo è il medicamento più energico e si può usare come unguento da 90 centigr. a 3<sup>gr</sup>.80 per ogni 31 grammi di veicolo.

**Prognosi.** — Dipenderà dallo stato generale dell'ammalato e dalla possibilità di allontanare o no la causa. In generale la malattia è ostinata, cessando soltanto dopo che si è usata la cura per qualche tempo; spesso sono necessari mesi per modificare la secrezione anormale. La forma più grave si osserva sul cuoio capelluto, quando già dura da qualche tempo e hanno già cominciato a cadere i capelli; in questi casi la prognosi non è favorevole quanto alla guarigione rapida, nè quanto alla ricomparsa dei capelli. Quando è già avvenuta la calvizie, non si deve più sperare che rinasceranno i capelli, come che si possa far molto per fare migliorare lo stato di quei follicoli che non sono stati gravemente alterati. Nei bambini la malattia di raro cagiona alterazioni, potendosi ordinariamente vincere coi rimedii semplici.

## COMEDONE.

Il comedone è un'alterazione delle glandole sebacee qualificata da eminenze grandi quanto una punta o una testa di spillo, giallastre o biancastre, che nel centro mostrano punti nerastri.

**Sintomi.** — Si osserva per lo più sulla faccia, sul collo, sul petto e sul dorso. Ogni eminenza o papula chiamasi comedone e complessivamente s'indicano col nome di comedoni. Possono essere molti o pochi; ordinariamente, ove è tendenza alla loro formazione, sono numerosi, e danno alla parte un aspetto nerastro, macchiato o punteggiato. Il sito ordinario in cui si osservano sono la fronte, le gote, e il mento. Sono piccoli, della grandezza di una punta ad una testa di spillo. Talvolta si formano in gran numero sulla faccia e la deformano molto, giacchè chi li porta sembra che abbia la pelle cosparsa di minuti granelli di polvere impiantati sovra essa. Ciò comunemente cagiona molto dispiacere all'ammalato. La pelle inoltre ha un aspetto secco, sudicio, sporco. Non si osservano sintomi d'inflammazione nè vi sono sintomi subiettivi. Molto spesso i comedoni si accompagnano ad acne; colla quale malattia, naturalmente, hanno intimi rapporti. I comedoni si manifestano principalmente nei giovani, si osservano però anche nei vecchi. Le lesioni appaiono e spariscono di tempo in tempo, come che il loro corso sia naturalmente lento e cronico. La loro persistenza, però, dipende dalla natura della causa e da altre circostanze. Non curati possono durare per anni. Talvolta, nonostante la più energica cura, sono ostinatissimi.

**Etiologia.** — I comedoni si osservano frequentemente in coloro la cui pelle non è mantenuta con nettezza, restando particelle polverulenti e fini di varie sostanze sulle aperture dei dotti sebacei, le quali cagionano così la lesione. Ma la vera causa della malattia è, io credo, in molti casi, da ricercare nell'alterazione delle funzioni importanti del corpo, come si nota spesso per l'acne. Coloro che portano comedoni generalmente hanno pelle grossa, d'aspetto sporco, che mostra una mancanza di attività non solo degli elementi glandolari ma eziandio di tutto il tegumento. Una costipazione più o meno avanzata o irregolarità degli intestini, con dispepsia, si nota sovente; e spesso gli ammalati presentano uno stato di ebettudine, che denota uno stato di torpore generale delle varie funzioni del corpo. Nelle donne giovani notansi talvolta clorosi e le mestruazioni difficili.

**Patologia.** — La malattia ha sede nelle glandole sebacee e nei dotti. Consiste in un'accumulazione di sebo e di cellule epiteliali nelle glandole e nei follicoli, che dilata le glandole tanto da produrre l'eminenza sulla superficie cutanea. Il processo è passivo, senza segni d'irritazione e produce poca o nessuna alterazione nei tessuti vicini. L'occlusione può cessare da se o continuare, distendendo la glandola fino a che si forma la papula. Il comedone si asporta subito colla pressione spiegata sulle sue pareti, ed allora si vede che la massa è costituita da sostanza sebacea con cellule epiteliali, da sudiciume o da altre particelle estranee. Le cellule sono piene di globuli oleosi e presentano segni di degenerazione

grassa. Frequentemente si trovano pochi peli in queste masse e talvolta anche il *demodex folliculorum*. Questo piccolo insetto, però, non si deve ritenere quale causa del morbo. È del tutto inoffensivo e trovasi nei follicoli sani tanto spesso quanto nei comedoni.

**Diagnosi.** — Nessuna difficoltà può sorgere circa questo punto. La malattia tanto comunemente si osserva sulla faccia che le sue sembianze sono note a tutti. Come ho detto, s'incontra sovente insieme all'acne; i due processi, nondimeno, si possono distinguere dalla mancanza di sintomi infiammatorii nel comedone. Il milio è pure una lesione, che per natura ed aspetto, ha stretti rapporti col comedone. Differiscono in ciò che il milio non contiene dotto aperto e perciò non mostra il punto nero caratteristico del comedone. Il milio sta sotto l'epidermide, come un piccolo corpo biancastro, e non si può fare uscire dalla pelle senza rompere o incidere prima la sua copertura.

**Cura.** — La cura locale basta in molti casi a fare ottenere un miglioramento. Frequenti bagni caldi, con saponi dolci o parti eguali di sapone ed alcool, seguiti da frizione, spesso bastano ad eccitare l'attività normale delle glandole. Oltre a ciò, si cura separatamente ciascun comedone, spremendone il contenuto follicolare, e ciò si può eseguire con una chiave d'orologio di proporzionato calibro applicata sul punto nero e premuta sovra esso ed allora il contenuto verrà fuori. Lo stesso effetto si può ottenere, avvegnachè meno completamente, schiacciando il comedone fra le unghie dei pollici. Un certo numero di comedoni si dee curare ogni dì a questo modo, fino a che sono vuotati tutti i follicoli; quando si riempiono di nuovo, si ripeterà la stessa cura fino a che sarà ritornata l'attività normale. Le lavande stimolanti e gli unguenti, massime coi composti di zolfo, spesso sono utilissimi. Si usa la seguente formola con buon risultato :

Pr. Zolfo precipitato	gr. 7,60
Glicerina	» 3,5
Sugna	» 25
M. f. ung.	
S. Da strofinare bene la notte.	

Le lavande alcooliche, con zolfo, come ad esempio quelle ricordate nella cura dell'acne, si possono anche usare con vantaggio. Parti eguali di zolfo, glicerina, alcool, carbonato di potassa ed etere saranno utili, usandoli in notti alterni o ogni due notti quando la pelle è irritabile. I varii rimedii che si usano nell'acne possono pure fare raggiungere lo scopo nei casi ostinati. Quando la pelle s'infiamma e si fa dura coll'uso dei mezzi stimolanti, si possono adoperare gli unguenti alcalini deboli, come quelli con 1<sup>re</sup>,40 di borace o di bicarbonato di soda, con dieci o quindici gocce di glicerina per ogni 31 grammi di veicolo. Una ai mezzi locali bisogna fare allo stesso tempo la cura ricostituente generale, secondo il caso richiede.

Le irregolarità di qualcuna delle funzioni del corpo debbono essere corrette; ingiungasi una conveniente dieta, attenendosi rigorosamente alle ordinarie norme che hanno per iscopo di fare mi-



gliorare lo stato generale. I preparati di ferro e di arsenico sono utili in molti casi, massime nelle donne giovani e clorotiche. Io ho trovato vantaggioso anche l'olio di fegato di merluzzo.

**Prognosi.** — In generale non incontrasi difficoltà ad allontanare i comedoni; per lo più bastano pochi mesi per la loro guarigione. Talvolta però sono ostinatissimi, ripresentandosene nuovi di quando in quando nelle stesse glandole. In questi casi bisogna incoraggiare l'infermo, poichè, con una cura ben diretta, presto o tardi si raggiungerà un favorevole risultato

### MILIO.

*Sin.*, Grutum; Tubercula miliaria; Eminenze fotticolarì; Tubercula sebacea; Acne Albida; Tubercoli perlacci; Strophulus Albidus.

Il milio consiste nella formazione di protuberanze piccole, rotondeggianti, biancastre, sebacee, non infiammative, che stanno nella pelle precisamente sotto l'epidermidè.

**Sintomi.** — Il milio si osserva per lo più sulla faccia, specialmente sulla fronte e sulle palpebre; nondimeno si può presentare in altre parti del corpo. Varia per grandezza da quella di una punta di spillo a quella di un piccolo pisello; il suo volume ordinario è quello di un acino di miglio, — onde il suo nome. Possono essere isolati o in gran numero. Sono biancastri, perlacci o giallastri e spesso hanno un aspetto translucido, come se contenessero liquido. Son di forma rotonda o acuminata e possono dare la sensazione di corpi più o meno duri incastrati superficialmente sulla pelle. Si formano molto gradatamente e lentamente e quando hanno raggiunto il loro perfetto sviluppo non soggiacciono a mutamenti, ma restano nello stesso stato per anni. Nessun'alterazione, oltre alla deformità, deriva dalla loro presenza. Talvolta si osservano insieme all'acne ed al comedone; in altri casi essi soli costituiscono la lesione. Si manifestano nelle donne più comunemente che negli uomini e per lo più la loro prima comparsa ha luogo nell'età media.

Insieme al milio si possono ricordare le così dette pietre cutanee, o CALCOLI CUTANEI. Ordinariamente sono concrezioni di milio o sebacee che si sono trasformate in masse dure, calcaree, simili a pietre; si osservano di raro. Il Dr. E. F. Foster (1) di Boston, ne ha riferito un caso, nel quale la concrezione, situata in un lato della faccia di una donna di novant'anni, dette origine ad un tumore piccolo, ovale e duro. Dopo l'escisione avea l'aspetto di un piccolo calcolo urinario. Era calcificato e consisteva principalmente di fosfato di calce, con piccola quantità di carbonato, di reliquie epiteliali e di sostanza grassa.

**Etiologia.** — Le cause del milio sono simili a quelle che danno origine ai comedoni ed alle cisti delle glandole sebacee. In alcuni casi però non si può determinare nessuna causa.

**Patologia.** — La malattia ha sede nelle glandole sebacee. Consiste in un'accumulazione di sebo nella glandola, che, per l'occlusione del dotto, prodotta da una o altra causa, non può uscir

(1) Boston Med. and Surg. Journ., Jan. 30, 1879.

fuori. Nessun vestigio di apertura si trova; non se ne può spremere il contenuto, giacché la concrezione è completamente incapsulata. Esaminata con attenzione si trova che sta sotto l'epidermide, la quale costituisce la sua tunica esterna. Neumann ed altri hanno trovato al taglio che la tunica propria è o la parete del follicolo pilifero o quella della stessa glandola e che i milii più grossi contengono setti di tessuto connettivo, che l'intersecano. La massa è costituita da sostanza sebacea addensata e tendente ad ingrossare e rendersi calcarea.

**Diagnosi.** — Quantunque il milio ed il comedone abbiano un aspetto simile, differiscono per una particolarità anatomica. Nel milio vi è una glandola con apertura, dilatata ma incapsulata o incistita; nel comedone il dotto della glandola è sempre beante alla superficie. Il milio ordinariamente è isolato ed il resto della pelle è in stato normale; il comedone per lo più si accompagna ad alterazione generale della cute. Il punto nero del comedone è un altro segno distintivo importante. Il milio talvolta può rassomigliare alle sudamina, massime sulla faccia. L'incisione, d'altronde, mostrerà sostanza sebacea nell'uno e sudore nelle altre. È molto difficile confondere il milio col xantoma, alterazione la quale comunemente ha la sua sede sulle palpebre ma è di natura molto diversa.

**Cura.** — La cura consiste nell'aprire i tumoretti con un bisturi e toglierne il contenuto. Ciascuno deve essere curato separatamente. Bisogna quotidianamente lavare la pelle con acqua e sapone e stimolarla colle frizioni; bisogna eccitarne l'attività normale e far sì che le glandole scarichino il loro contenuto fisiologicamente. Se tendono a riprodursi dopo l'estrazione si devono di nuovo asportare fino a che non scompaiono definitivamente. Piffard consiglia l'applicazione di una gocciolina di tintura di iodo in ciascun milio dopo l'incisione, per provocare l'infiammazione e distruggere così la glandola. Hardaway raccomanda l'elettrolisi, coll'ago e la batteria, come quando si fa l'operazione della definitiva asportazione del pelo.

### MOLLUSCO SEBACEO

*Sin.* Molluscum contagiosum; Tumores Sebipari; Molluscum sessile; Condyloma subcutaneum; *Fr.* Acné Varioliformis; Tumeurs Folliculeuses.

Il mollusco sebaceo è un'alterazione delle glandole sebacee caratterizzata da papule o tubercoli simili a verruche rotonde, semiglobulari, biancastri o rosei di grandezza variante da quella di una testa di spillo a quella di una ciriegia.

**Sintomi.** — Ordinariamente hanno la grandezza e la forma di mezzo pisello. Sono isolati, come è il caso più frequente, o multipli e si possono per lo più osservare nei varii periodi di sviluppo sullo stesso infermo. Il loro colore è quello della cute normale o roseo; spesso hanno un aspetto cereo e talvolta sulla pelle sembrano una goccia di cera bianca. Sono stati anche paragonati a bottoncini di perle. Spesso sono schiacciati nei loro apici e mostrano una depressione. Nel centro per lo più vi è un punto nastro, che rappresenta l'apertura del follicolo; in altri casi manca. Comunemente hanno un aspetto levigato, giacché la pelle che li

covre è tesa. Al tatto generalmente sono duri, però la loro consistenza dipende dallo stato del contenuto che è soggetto ad alterazione. La loro sede comune è sulla faccia, massime sulle palpebre, sul collo, sul petto e sui genitali. Possono anche presentarsi sul capo e sulle estremità, ma non si osservano mai sulle palme delle mani e sulle piante dei piedi. Di raro la malattia è diffusa. Talvolta le lesioni sono aggruppate. Hanno una larga base e stanno vicinissimi alla supercie cutanea. Aumentano di volume con rapidità variabile, talvolta presto, altre volte con lentezza; ordinariamente non sono accompagnati da segni infiammativi. Talvolta però sono sede di maggiore o minor grado d'infiammazione ed allora si possono scambiare per altre lesioni. Accidentalmente finiscono col dissolversi e disintegrarsi. La malattia è accompagnata da lieve incomodo o ne è totalmente esente (1).

**Etiologia.** — La malattia non è comune. Si osserva principalmente nei fanciulli e per lo più in quelli delle classi più povere i quali sono negletti e mal nutriti. Può anche manifestarsi negli adulti. La sua causa ancora oggi non è bene spiegata. Quanto alla sua supposta natura contagiosa, le opinioni degli osservatori scrupolosi sono diverse, tanto che ancora non si è potuto giungere ad una conclusione definitiva. La sua natura contagiosa sembra che sia sostenuta in Inghilterra più generalmente che altrove. Senza dubbio colà è molto più frequente che qui. La inoculazione colla sostanza presa direttamente dal tumore, come è stata eseguita da Hebra, Duckworth, Vidal ed altri, non produsse la malattia. Bisogna affermare pertanto che non di raro attacca parecchi individui di una famiglia, per la qual cosa alcuni credono che abbia virtù contagiose. D'altra parte la sua presenza limitata ad un sol caso negli asili affollati di fanciulli ha un egual peso per combattere la sua indole contagiosa. Perciò credo che attualmente i motivi in favore della contagiosità sieno insufficienti. Non ricordo nessun caso in cui il contagio abbia avuto un'evidenza per me positiva.

**Patologia.** — Sono diverse le opinioni circa la natura del morbo, giacchè alcuni osservatori ritengono che il processo abbia sede nelle glandole sebacee, mentre altri sostengono che l'alterazione concerna la rete mucosa. Al presente non si può riguardare come sciolta la controversia. Fra gli autorevoli autori che recentemente si sono dichiarati in favore dell'antica opinione, cioè dell'origine sebacea, bisogna che sieno citati Kaposi (2), Vidal (3), Tilbury Fox (4) ed Hutchinson (5). La malattia senza dubbio ha origine e sede, ordinariamente se non sempre, in queste glandole. Se si toglie col bistori uno dei tumori, se ne può spremere, per lo più, il contenuto o in forma di un corpo consistente, giallastro, roton-

(1) Per casi importanti di questa alterazione si consulti Hilton Fagge, Guy's Hosp. Reports, 1870; Dyce Duckworth, St. Barth. Hosp. Reports, vol. iv viii, 1868, 1872; Hutchinson, Lectures on Clin. Surg., vol. i., Part. I., London, 1878; e Geo. H. Fox, Chicago Med. Journ. and Exam., May, 1878.

(2) Vierteljahr. für Derm. und Syph., IV. Jahrg., 3 Heft (1877).

(3) Le Progrès Méd., p. 450, June, 9 e p. 489, June 23, 1877.

(4) Epitome of Skin Diseases, Phila., 1879.

(5) Loc. cit.



do, o di liquido lattiginoso o densamente caseoso. Microscopicamente si vede che consiste di una massa contenente grasso e grosse cellule epiteliali, con molti nuclei, e di corpi speciali, di forma rotonda od ovale, con contorni precisi, ed aspetto grasso, che hanno ricevuto il nome di « corpi molluschi ». Se si fa una sezione del tumore spesso si vedono elementi ipertrofici glandulari e tramezzi di tessuto connettivo che dividono la massa in lobuli. D'altra parte molti osservatori insigni non credono alla sua natura sebacea, ma affermano che il processo ha origine e sede nello strato mucoso dell'epidermide, essendo in realtà un'iperplasia di questo tessuto; fra essi bisogna ricordare Retz ius (1), Lukomsky (2), Boeck (3), Simon (4) e Piffard (5). La natura dei così detti corpi molluschi è considerata in diverso modo dagli autori suddetti, ma l'opinione generalmente ammessa è che sieno cellule dello strato mucoso che hanno subito un cangiamento. Kaposi le ritiene come cellule epidermiche, con protoplasma modificato, ed asserisce che non sono speciali del mollusco, ma trovansi in altre malattie.

**Diagnosi.** — Il mollusco sebaceo non si deve confondere col fibroma mollusco, malattia molto diversa, colla quale, d'altronde, talvolta si confonde. Queste due specie di tumori si possono distinguere subito dalle loro note anatomiche. Nel mollusco sebaceo la malattia è di natura glandolare, consiste in un sacco enormemente disteso, pieno di sostanza sebacea e di cellule, che ordinariamente si possono far uscire dal dotto, la cui apertura per lo più appare come un punto nerastro nel centro di una leggiera depressione sull'apice del tumore. Il fibroma mollusco è una neoformazione di tessuto connettivo, solidamente impiantata nella pelle e sotto di essa e dà una sensazione di corpo solido; fibroso. I tumoretti di mollusco sebaceo si presentano sulla faccia ed in numero limitato; quelli di fibroma mollusco comunemente si osservano sul corpo e spesso in grande numero. I tumori di mollusco sebaceo sono protuberanti dalla pelle ed hanno un impianto superficiale; quelli di fibroma mollusco stanno nella pelle stessa ed anche nei tessuti sottocutanei. Il mollusco sebaceo generalmente è una malattia dell'infanzia e della fanciullezza; il fibroma mollusco è una malattia dell'età adulta.

Il mollusco sebaceo si deve anche distinguere dalle verruche papillari. La somiglianza fra queste due malattie è spesso notevole, massime in quei casi di mollusco che non sono perfettamente sviluppati, giacchè il tumore ha una forma più acuminata che rotonda. Badando alle lesioni anatomiche caratteristiche già riferite è difficile cadere in errore.

**Cura.** — In questa malattia sono necessari i rimedii locali. Quando le lesioni sono piccole e numerose possono essere curate con uno degli unguenti stimolanti, come di precipitato bianco o di zolfo. I tumori più grossi si devono curare ad uno ad uno e si possono

(1) Nordiskt Med. Arkiv, Bd. ii. N. 11; also « Deutsche Klinik » 1871, N. 50; 1872, N. 2, 4, 6, ed 8. Vierteljahr. für Derm. und Syph., IV. Jharg., 3 Heft (1877).

(2) Virchow's Archiv, Bd. lxx.

(3) Vierteljahr. für Derm. und Syph., II. Jahrg., 1 Heft (1875).

(4) Ibid., III. Jahrg., 3 Heft (1876).

(5) Diseases of the Skin, p. 345, New York, 1876.

asportare col bistori; possono pure essere distrutti colle applicazioni di caustici blandi. La migliore cura consiste in una larga e ben fatta incisione sull'apice del tumore, dopo la quale, nella maggior parte dei casi si può facilmente estrarre la massa dalla sua sede. Se è aderente si estrae insieme al sacco, quando questo si può trovare, per mezzo della pinzetta. Dopo l'enucleazione nella cavità e nella base si può applicare il nitrato di argento; questo però è inutile quando l'operazione è stata completa. Quando l'apertura del follicolo è molto distesa, talvolta può uscirne il contenuto con una forte pressione fatta dalle dita sui lati del tumore. Si possono anche curare colla legatura e la base allora si deve pure toccare col nitrato di argento. Qualunque sia il metodo di cura che si adotta, non deve essere mai un mezzo eroico, giacchè è da tener presente che la malattia tende ad una guarigione spontanea.

**Prognosi.** — La malattia si può curare e quando si cura opportunamente di raro è seguita da riproduzione. Se, d'altra parte, i tumori sono parzialmente distrutti o estratti, il tumore si può riformare.

### CISTI SEBACEA.

*Sin.*, Tumore encistico; Tumore follicolare; Tumore sebaceo; Ateroma; Steatoma; *Ingl.*, Wen.

La cisti sebacea si mostra come un tumore di varia grandezza, duro o molle, rotondeggiante, più o meno prominente, che sta nella pelle o nel tessuto connettivo sottocutaneo.

**Sintomi.** — La pelle che covre le cisti sebacee è di colore normale, o biancastra, per la sua estrema distensione. I tumori possono essere unici o multipli. Variano per volume da quello di un pisello a quello di una noce e più; sono di forma rotonda e o schiacciati o semiglobulari. Per consistenza sono o duri, o, come incontra più frequentemente, molli e pastosi. Per lo più sono perfettamente mobili e non producono dolore. Il cranio, la faccia, il dorso e lo scroto sono i siti di predilezione di questi tumori. Il loro corso è lento; non di raro esistono per anni senza dare origine ad incomodi. Talvolta, quando sono estremamente distesi, si rompono e si ulcerano.

Si possono distinguere due specie di tumori; una in cui il dotto è aperto e un'altra in cui è chiuso. Quando il dotto resta aperto, il tumore per lo più ha una forma schiacciata che tende ad estendersi lateralmente piuttosto che sopra il livello della cute; questa varietà si osserva molto spesso sul collo e sul dorso. Quando, d'altra parte, il dotto si è chiuso, costituendo il vero tumore encistico, il tumore assume una forma semiglobulare o anche globulare, elevandosi naturalmente sul livello della cute; è comune nel cranio ed ivi ordinariamente manca di capelli.

**Patologia.** — Il contenuto dei tumori sebacei varia. La massa ordinariamente è incistita solidamente e può essere o molle e caseosa o dura e friabile. Può essere giallastra o biancastra; spesso è fetida. Talvolta il contenuto è liquido. La massa è composta di sebo, di cellule epidermiche, di cristalli di colesterina e talvolta di capelli. Per la struttura questi tumori sono glandole sebacee e

dotti enormemente distesi, le cui pareti si sono tanto ingrossate ed ipertrofizzate per la continua pressione patita, da formare un sacco o cisti grossa e dura.

**Diagnosi.** — Nessuna difficoltà vi è nella diagnosi; pertanto si possono confondere coi tumori adiposi e coi tumori di mollusco sebaceo.

**Cura.** — La cura è l'escisione. La cisti deve essere sempre attentamente e completamente dissecata, senza la quale precauzione la malattia probabilmente si riprodurrà. L'iniezione con certi liquidi irritanti, come, ad esempio, colla tintura di iodo, si può anche eseguire con buon effetto.

### IPERIDROSI.

*Sin.*, Idrosis; Sudatoria; Efidrosi; Sudore esagerato.

L'iperidrosi è un'alterazione funzionale delle glandole sebacee che consiste in un' aumentata produzione del sudore.

**Sintomi.** — Può variare molto per quantità, dal lieve aumento nel gran caldo, alla produzione di enormi quantità. Può essere acuta e cronica. Può essere diffusa, di tutto il corpo, o locale, attaccando certe regioni, come ad esempio, le palme delle mani e le piante dei piedi.

Il sudore diffuso o generale si osserva nel corso di parecchie malattie, come ad esempio, nella pneumonite, nella tubercolosi, nel reumatismo ed in varie malattie febbrili. Si mostra anche in coloro che sotto ogni altro aspetto stanno bene, e specialmente quando si espongono all'influenza di un'alta temperatura. Nella maggior parte di questi casi si deve appena considerare come una malattia, quantunque talvolta può essere tanto esagerato da richiedere una cura.

La iperidrosi locale è sempre un'alterazione dispiacevole ed incomoda. Si può manifestare in qualunque parte del corpo, ma più comunemente si osserva sulle palme delle mani, sulle piante dei piedi; nelle ascelle e nei genitali. Può essere simmetrica o no. Si ricordano molti casi in cui si presentava in un solo lato del corpo, sulla fronte, sulla guancia, sul braccio, sulla gamba, ed altre singole regioni.

Le palme delle mani, le piante dei piedi ed i genitali sono le parti attaccate ordinariamente. Questi casi non sono rari. Il sudore può essere moderatamente copioso o molto abbondante; talvolta la quantità prodotta è tanta da tenere le parti in uno stato di macerazione; sulle palme delle mani e sulle piante dei piedi la secrezione continuamente vien fuori a gocce, spesso in tal quantità da stillare umidità. Per lo più si osserva che proviene da tutta la superficie cutanea. Lo scolo ordinariamente è costante, come che subisca l'influenza dello stato generale, di quello del sistema nervoso e della temperatura circostante. La pelle non può essere mantenuta asciutta, divenendo umida in pochi minuti dopo di essere stata asciugata ed ha un colore biancastro o giallastro, sulle piante dei piedi la malattia è più molesta di quella delle palme delle mani, giacchè le calzette e le scarpe si impregnano tanto di sudore da



restare sempre umide. La macerazione dell'epidermide e la secrezione intorno alle dita dei piedi danno origine ad uno spiacevole odore che è difficile far cessare anche con lavande frequenti. L'epidermide si rammollisce e si macera, si distacca e lascia a nudo la cute sensibile. In questo stato il dolore nel camminare è forte e gli ammalati talvolta sono obbligati a restare coi piedi nudi. Vi sono tutti i gradi di sudore delle palme delle mani e delle piante dei piedi, come in altre regioni, ma in quasi tutti i casi basta a dare origine a notevole molestia. Gli organi genitali talvolta sono anche sede d'iperidrosi, massime negli uomini. Ordinariamente si manifesta sullo scroto e sul perineo e produce sintomi simili a quelli testè ricordati per le palme delle mani e le piante dei piedi.

L'alterazione può continuare per breve tempo soltanto o durare per anni; talvolta è ostinatissima. Possono accompagnarla l'eritema e l'intertrigo, segnatamente quando mostrasi sovra superficie che naturalmente stanno in mutuo contatto, come sugli organi genitali, sulle natiche, sulle dita delle mani e dei piedi.

**Etiologia.** — Le cause in molti casi non sono determinate. Si manifesta in coloro che curano la pulizia ed in coloro che la trascurano; nelle donne e negli uomini; nei giovani e nei vecchi; nei robusti e nei deboli. Non vi può esser dubbio però che l'alterazione del sistema nervoso, la debolezza ed una cattiva innervazione hanno una parte importante nella sua produzione, giacchè questa origine si scovre frequentemente nelle osservazioni cliniche. La malattia si aggrava con un'alta temperatura e perciò in generale è più forte nella state che nel verno.

**Patologia.** — La malattia è semplicemente funzionale, consistendo in un'anormale secrezione delle glandole sudorifere, su cui il sistema vaso-motore senza dubbio esercita la sua azione. Chimicamente il secreto non è diverso dal sudore fisiologico.

**Diagnosi.** — Non è mai difficile; importa distinguere l'iperidrosi da altre alterazioni delle glandole sudorifere, che sono accompagnate da aumentata secrezione ed infiammazione, come ad esempio, le efflorescenze pruriginose. È difficilissimo confondere l'iperidrosi colla seborrea untuosa.

**Cura.** — Se vi è debolezza bisogna ordinare una cura tonica generale. Ferro, stricnina, chinina, acidi minerali e simili rimedii sono da adoperare, una a qualsiasi altro mezzo atto a far migliorare la salute dell'infermo. Bisogna studiare attentamente lo stato del sistema nervoso e, se vi è qualche disordine, portarvi speciale attenzione. La belladonna è uno dei nostri più efficaci rimedii. L'ergotina è stata pure usata con successo. In alcuni casi la faradizzazione è stata altresì seguita da buoni effetti.

La cura locale ha un gran valore in tutte le forme della malattia. L'acqua si dee usare quanto più raramente è possibile. Le parti si debbono nettare con panno umido ed immediatamente asciugare con filaccia o con un tovagliuolo. Varie polveri aspersorie, come amido, licopodio, magnesia, ossido di zinco e creta Francese, o questa medicata, per esempio coll'acido salicilico, 1<sup>ra</sup>, 90 per 31 grammi, si possono usare, togliendole non appena si fanno umide e si incrostano. Si devono difendere le parti dalle influenze irritanti. Le

lavande con alcool e sostanze astringenti sono pure utili. È efficace la formola seguente :

Pr. Acido tannico grammi 3,80  
 Alcool " 224  
 M. — S. Per lavanda.

Si possono adoperare varii altri astringenti, come il solfato di zinco e l'allume; non che i bagni salini. Un rimedio energico è la tintura di belladonna allungata o concentrata; bisogna vigilarne gli effetti tossici ed essere cauti nell'amministrarla. Sono stati trovati utili l'acqua ammoniacale allungata e l'acido acetico diluito. Pure con successo sono state date deboli soluzioni di cloradio, di permanganato di potassa e di acido salicilico. Nell'iperidrosi delle palme delle mani e delle piante dei piedi il seguente unguento, raccomandato da Wilson, si può prescrivere, ingiungendo di lavare le parti con sapone fenicato o con sapone al ginepro e catrame, prima di applicarlo.

Pr. Unguento di pece liquida  
 » » zolfo, ana grammi 31  
 M. F. Unguento.  
 S. Da spalmarsi sopra una tela ed applicare con fasciatura.

Per i casi ostinati che interessano le palme delle mani e le piante dei piedi, però, la cura che appresso descriviamo è efficacissima (1). È assolutamente necessario alla sua riuscita che sieno seguiti i suoi varii passi e convenientemente attuati. Si debbono nettare le parti con acqua e sapone ed applicare il seguente unguento :

Pr. Empiastro diachilon gr. 124  
 Olio di uliva " 112  
 M. F. unguento (2).  
 S. Da usare sovra una tela.

Si debbono tagliare pezzi di tela di mossolina o di cotone della forma delle parti spalmandovi l'unguento in copia e poi applicarli. Della tela spalmata di unguento si deve pure mettere fra le dita dei piedi o delle mani; in modo che ogni parte della cute possa essere completamente coperta da uno strato di unguento. Questa tela coll'unguento sarà mantenuta in sito per mezzo di una buona fasciatura. I pezzi di tela si cambieranno dopo dodici ore, e *non* si laveranno le parti, ma si fregheranno fino a che saranno asciugate con filaccia e polvere di amido, dopo si tornerà ad applicare l'unguento nello stesso modo su descritto. Questa medicatura si deve ripetere ogni mattina ed ogni sera continuandola per una o due settimane secondo la gravità del caso. Pur quando la malattia si è manifestata alla pianta dei piedi l'infermo può camminare con larghe scarpe. Dopo otto o dieci giorni le parti si fregheranno colla polvere d'aspergere e si sospenderà l'applicazione dei pezzi di tela.

(1) Questo metodo di cura fu introdotto in pratica la prima volta da Hebra.

(2) Fa d'uopo mescolare l'empastro ed aggiungere l'olio agitando fino a che si forma una massa omogenea.

La polvere si deve usare per parecchie altre settimane. Ordinariamente il sudore tende a diminuire ed a sparire gradatamente dopo due o tre settimane che si è cominciata la cura. Nei casi gravi talvolta è necessaria una ripetizione della cura prima che abbia luogo una perfetta guarigione. Per le iperidrosi leggieri si può usare qualcuno dei saponi stimolanti da toletta, contenenti zolfo, ginepro e catrame, o acido fenico.

**Prognosi.** — Deve essere riservata. Molti casi migliorano facilmente, mentre altri sono incurabili del tutto. Lo stato di salute, la durata e sito della malattia, non che la sua diffusione, sono tutte cose che bisogna mettere in calcolo. Finalmente il risultato sarà relativo all'abilità dell'infermo nell'eseguire la cura.

## ANIDROSI

L'anidrosi è un'alterazione funzionale delle glan'ole sudorifere, che consiste in una diminuita ed insufficiente secrezione di sudore.

È l'alterazione opposta dell'iperidrosi. Ha luogo nel corso di certe malattie croniche della pelle e specialmente si osserva nell'ictiosi; l'anidrosi si può osservare qua e là nell'eczema, nella psoriasi e nella lepra. Può essere eziandio l'effetto di una deficienza congenita dell'apparecchio delle glandole sudorifere, nel qual caso l'infermo perspira molto lentamente e forse soltanto in un'alta temperatura sensibilmente.

Vi sono altri casi in cui un individuo può talvolta cessar di sudare. In questi la salute è più o meno alterata e ponno sorgere gravi sintomi, massime durante il tempo caldo. In questa stagione possono capitare sotto l'osservazione medica tali casi. È raro che l'anidrosi si mostri come alterazione indipendente. Ricordo il caso di un uomo — maniscalco — il quale durante la stagione calda repentinamente cessò di sudare. Quando io lo vidi parecchie settimane, dopo la prima manifestazione della difficoltà a sudare, non poteva accudire alle sue faccende e si lamentava di grande indisposizione, di dolor di capo e di altri sintomi.

**Cura.** — Bisogna mettere in atto tutti i mezzi per provocare l'attività cutanea e ristabilire la funzione delle glandole. I bagni caldi, con frizioni, ed i bagni a vapore sono da raccomandare. I bagni freddi possono essere pure utili. Fa d'uopo far molto moto e migliorare sotto tutti gli aspetti lo stato generale.

## BROMIDROSI

*Sin.* Osmidrosi.

La bromidrosi è un'alterazione funzionale delle glandole sudorifere, caratterizzata da più o meno sudore e da un odore sgradevole.

**Sintomi.** — La secrezione può essere normale o no quanto alla quantità. La bromidrosi può essere o generale o locale. Quando è generale l'ammalato esala un odore speciale, disgustante da tutta la superficie del corpo, e che è reso più intenso da un'aumentata perspirazione. Può avere un carattere distintivo, che si può rassomigliare, per esempio, all'odor di un becco (odor hircinus) o



dell'urina, o può essere semplicemente un odore forte (1). Si mostra come alterazione indipendente ed anche in certo grado con varie malattie generali, principalmente cogli esantemi.

Le forme locali sono quelle che si osservano più frequentemente. Certe regioni del corpo, come l'ascella, i genitali, il perineo e i piedi, sono la sede ordinaria della malattia. L'intensità dell'odore varia, essendo talvolta semplicemente molesto, ed in altri casi forte e penetrante e disgustoso da far bandire chi lo porta dalla società. La bromidrosi dei piedi è la forma locale più comune, e costituisce una malattia davvero disgustosa. In questi l'emanazione è resa più intensa dalla secrezione perspiratoria che agisce sulla sostanza sebacea normale, producendo uno speciale odore schifoso. Per il calore e l'umidità che sempre trovansi nei piedi il putore è ostinatissimo. Questa malattia è simile all'iperidrosi, la principale differenza sta nella qualità della secrezione. Le cause generalmente sono oscure, quantunque per lo più sono in relazione col sistema nervoso; le emozioni, l'eccitamento sessuale, in certi casi sono cagioni di bromidrosi.

### CROMIDROSI

La cromidrosi è un'alterazione funzionale delle glandole sudorifere in cui il liquido segregato ha variabile colore.

**Sintomi.** — In questa malattia la secrezione del sudore è ordinariamente esagerata ed è realmente colorato; può essere azzurrognolo, nerastro, rossastro, verdastro o giallastro. Consiste in un gocciolio di sudore, più o meno profuso, che proviene direttamente dalle aperture dei dotti. Il liquido ha le proprietà del sudore normale ed oltre a queste una sostanza colorante speciale. La malattia è rara (2). Non si deve confondere coll'ematoidrosi, in cui gli elementi corpuscolari del sangue si trovano nel liquido segregato. Mo-

(1) Il Dr. W. A. Hammond (The odor of the Human Body as developed by Certain Affections of the Nervous System, New York Med. Record, vol. xii; 1877, p. 460) ricorda parecchi casi importanti di sudore odoroso; una giovane signora, maritata, di temperamento isterico, esalava un odore piacevole, simile a quello di violetta soltanto dalla metà laterale sinistra della parete toracica anteriore durante un parossismo, si percepiva a distanza anche di parecchi piedi, ed era accompagnato da notevole iperidrosi della stessa parte. L'iperidrosi e l'odore cessavano coll'uso interno del salicilato di soda alla dose di trenta centigrammi. In un altro caso l'esalazione di un odore di ananasso coincideva con un attacco di corea; in un terzo caso dalla pelle del capo, del collo e del torace di una donna, sempre che era in collera, esalava un odore di ananasso. Un quarto caso (in un uomo), faceva sentire un odor di violetta negli attacchi d'ipocondria.

(2) Si ricordano molti casi i quali sono stati riferiti di quando in quando e raccolti, per esempio nelle monografie di Le Roy de Mericourt (Mémoire sur la Chromidrose, Paris, 1864) e di Hardy (Nouveau Dictionnaire de Méd. et de Clin. Pratiques, vol. vii, Paris, 1867). A. W. Fort ha anche portato un'eccellente contribuzione alle nostre conoscenze sulla malattia (Dublin Journ., of Med. Science, Agosto, 1869 e Dicembre, 1873, non che l'Irish. Hosp. Gaz., Febbraio 16, 1874). Casi simili sono riferiti da Purdon (Journ. of Cutaneous Med. vol. io, N.º 7, e vol. iv, N.º 13) e più recentemente da A. H. Smith (New York Med. Journ, July, 1878) e da Camuset (Le Mouvement Méd. 1879, p. 419; vedasi riassunto, Phila. Med. Times, November 22, 1879).

strasi generalmente nelle donne e non di raro sta in relazione con disordini uterini. Io però recentemente ho osservato un caso di cromidrosi rossa in un uomo forte, sano, in cui non si poteva scoprire nessuna causa. Varie regioni possono presentare il morbo, ma è stato osservato più frequentemente sulla faccia, sul torace, sull'addome, sulle braccia, sulle mani e sui piedi. La quantità del liquido segregato può essere molto scarsa o estremamente copiosa. In generale la secrezione non è continua, ma appare repentinamente, dura per breve tempo, e sparisce di nuovo. Può apparire e sparire così per settimane e mesi. Ordinariamente è provocato da un eccitamento, da un'emozione o da una passione, come che possa mostrarsi senza causa generatrice.

**Patologia.** — La malattia è un'alterazione di secrezione, cagionata talvolta dalla presenza di qualche sostanza colorante non normale. L'azzurro di Prussia, il rame ed altre sostanze simili sono state scoperti coll'analisi del sudore, alle quali era dovuto senza dubbio il suo colore.

**Cura.** — La cura deve aver di mira lo stato generale dell'infermo, che ordinariamente è clorotico, anemico, debole o trovasi in una alterazione nervosa.

**URIDROSI.** — Con questo nome (o di sudore urinoso) s'intende un'escrezione dalle glandole sudorifere contenente gli elementi dell'urina, specialmente l'urea. Questa ultima è stata trovata, in quantità variabile, nel sudore di persone sane. Sotto l'influenza del jaborandi sono state osservate larghe quantità; Hardy e Ball (1) ne valutano la media a 4<sup>ma</sup>, 20 in ciascuna sudata, negli esperimenti eseguiti da loro. Talvolta la quantità è moltissima ed è valutabile alla superficie della pelle. Casi simili sono stati riferiti da Schottin (2) e da Drasche (3), una al cholera, e da Kaup e Jürgensen (4), da Leube (5), da Deininger (6) e da Taylor (7) nelle malattie renali. Schottin ricorda tre casi e Drasche dodici casi sovra 805 colerosi. Generalmente mostrasi sulla pelle, per lo più della faccia e delle mani, come un deposito o covertura, in via di formazione, senza colore o biancastro, salino, cristallino, che in alcuni casi si è detto che faceva sembrare la pelle « come se fosse cosparsa di farina »; in altri « come se fosse stata insaponata da un barbiere » e avea l'aspetto di « uno strato biancastro, somigliante a brina e sabbioso al tatto ». Il deposito per lo più è mediocrementemente aderente alla superficie cutanea, ma con un bistori si può raschiare. Sotto al microscopio, nel caso di Taylor, si vide che consisteva di masse piccole, bianche, di forma irregolare con prismi cristallini e spigoli sporgenti. Nei casi di cui sono riferite le particolarità, i depositi consistevano principalmente di urea, come fu dimostrato dalla sua solubilità nell'acqua ed alcool, e dalla

(1) Jour. de Thérap., 1874.

(2) Archiv. für Physiol. Heilkunde, 1851, p. 469.

(3) Die epidemische Cholera, Wien, 1860.

(4) Deutsches Archiv für Klin. Med., Bd. vi. p. 55.

(5) Ibid., Bd. vii. p. 1.

(6) Ibid. Bd. vii. p. 587.

(7) Guy's Hosp. Reports, v. xix., 1874, p. 405.

presentazione, trattati coll'acido nitrico e l'acido ossalico, di cristalli caratteristici di nitrato e di ossalato di urea rispettivamente.

Nella maggior parte dei casi la alterazione è stata preceduta o accompagnata da parziale o totale soppressione della funzione renale e da malattia dei reni ed avvelenamento uremico.

**SUDORE FOSFORESCENTE.** — Esempi di sudore fosforescente si osservano talvolta. *Panceri*, (1) di Firenze, ricorda il caso di un medico che presentò questo fenomeno dopo mangiato pesce fosforescente che avea fatto ammalare il suddetto medico, e la perspirazione era luminosa nelle tenebre. Lo stesso fenomeno è stato osservato nella miliare. La manifestazione della luce dal corpo umano è stata anche notata nell'ultimo periodo delle tisi ed in altre malattie esaurienti. Secondo *Carpenter* (2) *Koster* riferisce un caso in cui la pelle era resa luminosa dalla perspirazione dopo ogni esercizio violento.

### SUDAMINA.

*Sin.*, Miliaria Crystallina (*Hebra*).

Le sudamina sono un'alterazione non infiammatoria delle glandole sudorifere caratterizzata da vescichette grandi come punte o come teste di spillo, traslucide.

**Sintomi.** — Le vescichette sono discrete ma stivate in gran numero e possono stare in qualunque parte del corpo; però preferiscono il collo, il torace, l'addome ed altre regioni del tronco. Si elevano un poco sulla superficie cutanea e si sentono come piccole protuberanze. All'aspetto somigliano a goccioline di sudore. Sono biancastre o perlacee. Si formano subito e rapidamente assumono la loro forma definitiva; il loro corso è variabile. Di quando in quando si possono sviluppare nuovi aggregamenti. Le lesioni sono discrete; non confluiscono mai; il loro contenuto non diviene puriforme, nè si rompono. Il liquido si assorbe e lo strato disseccandosi forma una membrana sottile e delicata, che va via in forma di leggiera desquamazione.

**Etiologia.** — La causa delle sudamina si può quasi sempre trovare in qualche malattia generale o febbrile. L'alterazione è frequente nella tubercolosi, nel tifo e febbri tifoidi, nel reumatismo articolare acuto e nella febbre puerperale. Sono cagionate dall'alta temperatura che provoca un'insolita attività delle glandole. È una alterazione comune nella state e si osserva ordinariamente in coloro che hanno pelle delicata, tanto fanciulli, quanto adulti. La sua presenza è da tenere come un segno di debolezza generale.

**Patologia.** — La malattia ha origine in un'alterazione delle glandole sudorifere. Le glandole entrano in un'attività superiore a quella richiesta dalla secrezione normale, e, il liquido invece di trovare un limite alla superficie cutanea, si raccoglie per una qualche causa fra gli strati dell'epidermide. In questo modo si formano le vescichette, come è dimostrato dalle ricerche anatomiche del Dr. *Haigh* di New York (3).

(1) *La France Méd.*, Marzo 31, 1877. Veggasi anche *Cincinnati Lancet and Observer*, May, 1876, p. 504.

(2) *Principles of Human Physiology*, Phila., 1876, pag. 550.

(3) *Sitzungsberichte der Kais. Acad.*, Wien, 1868.



## CLASSE II.

## HYPERAEMIAE — IPEREMIE.

In questa classe sono comprese quelle alterazioni che sono caratterizzate dalla semplice presenza di una quantità insolita di sangue nei vasi nutritizi della pelle. Questa condizione può dipendere da molte cause e produce varie forme sulla superficie cutanea. Le lesioni iperemiche hanno i seguenti aspetti. Il rossore della pelle è costante e si osserva in tutti i gradi di colore, dal rosa o rosso leggiero al rosso oscuro; sparisce colla pressione, ma ritorna immediatamente. La temperatura della parte per lo più è elevata. La sede dell'alterazione è nelle parti superficiali della pelle, generalmente nello strato papillare del derma. L'iperemia ha varie forme ordinariamente non definite; può occupare un piccolo spazio o avere un'estensione eguale a quella della palma della mano e anche più. Il corso per lo più è acuto; spesso non dura che poche ore o pochi giorni; in altri casi continua per un periodo più lungo. Talvolta si accompagna a sensazione di leggiero prurito o di bruciore.

L'iperemia può essere *attiva* e *passiva*. Ambedue queste forme si possono dividere in *idiopatiche* e *sintomatiche*.

Le iperemie attive idiopatiche rigorosamente parlando sono affezioni locali. Comprendono quei disordini cagionati dall'applicazione diretta di agenti irritanti sulla pelle.

Le iperemie attive sintomatiche sono, d'altra parte, dipendenti da disturbo generale dell'organismo, che ordinariamente ha la sua sede principale in qualche regione del corpo distante dalla pelle.

Le iperemie passive idiopatiche dipendono da cause esterne; comprendono i vari lividori della pelle. Le cause meccaniche, in forma di forte e continua pressione sulla pelle; un ostacolo diretto alla circolazione, prodotto da fasciatura, da oggetti di vestiario, ecc., e il freddo, si possono ricordare come cause più frequenti di questa specie d'iperemia.

L'iperemia passiva sintomatica ha luogo in quei casi in cui vi è qualche imperfezione della funzione o della circolazione o della respirazione. Si manifesta con una più o meno generale tinta azzurrigna o purpurea della pelle; come si vede, ad esempio, nella cianosi.

## ERITEMA SEMPLICE.

L'eritema semplice è un'alterazione iperemica caratterizzata da rossore, in forma di macchie di varia estensione, diffuse o circoscritte, non prominenti, senza causa.

**Sintomi.** — Consiste in uno stato congestivo della pelle con sintomi che sono già stati enumerati come appartenenti all'iperemia. Le cause che vi danno origine sono molte e di varia natura; fra esse stanno il calore, il freddo, i traumatismi, i veleni, le sostanze

irritanti di ogni specie, certe malattie generali e disordini degli organi interni, come del tubo digerente, ecc. Può essere idiopatico e sintomatico.

#### ERITEMA IDIOPATICO.

*Eritema da calore.* — Con questo nome si comprendono gli eritemi prodotti dal caldo e dal freddo. Amendue questi agenti, in certi gradi producono congestione semplice della pelle; spinti oltre questo punto producono un essudato dai vasi, o infiammazione. Il calore artificiale, i raggi del sole, ecc., stanno fra le cause note e più comuni di questa forma di eritema.

*Eritema da traumatismo.* — L'eritema semplice può essere anche cagionato da traumatismo, come, ad esempio, da una continua pressione, da sfregamento, ecc. Si osserva come conseguenza di vesti, fasce, cinte, ecc. troppo strette.

*Eritema da veleni.* — I veleni di ogni genere hanno una parte importante nella produzione dell'eritema. Molte sostanze, minerali, e vegetali, hanno un'azione nociva sulla pelle. Poche di queste, come la senape, lo zolfo, l'arnica, varie materie da tintoria, gli acidi e gli alcalini, possono essere ricordate come cause frequenti di lesioni cutanee.

#### ERITEMA SINTOMATICO.

Sotto questo nome si comprendono tutti gli eritemi semplici, o eruzioni, che si presentano nel corso di certe malattie generali o come conseguenza di qualche generale disordine dell'organismo. Possono manifestarsi in qualunque parte del corpo, per lo più sul tronco. È necessariissima una conoscenza di questi eritemi, giacché spesso danno origine ad altre lesioni più gravi. L'eritema semplice dipendente da alterazioni di organi interni, come dello stomaco e delle intestina, sono frequentissimi sui bambini e sui teneri fanciulli. Possono assumere varie forme ed essere accennate o definite. Talvolta, sono persistenti; in altri casi tendono a riprodursi di quando in quando. Certe malattie generali talvolta si accompagnano ad iperemia della pelle che si mostra in forma di isole rotonde, della grandezza di un pisello o dell'unghia di un dito, a cui è stato dato il nome di ROSEOLA. Denota semplicemente la *forma* speciale dell'eritema ed in nessun caso la natura del morbo da cui deriva. Così il nome di roseola si usa talvolta a denotare una delle prime lesioni sifilitiche cutanee, non che l'eritema che talvolta si accompagna alla vaccina o al vaiuolo.

**Diagnosi.** — Da ciò che è stato detto è chiaro che la linea di confine fra l'eritema semplice e la dermatite — infiammazione semplice della pelle — spesso è mal definita. Come si è detto nello studiare l'argomento dell'iperemia relativamente alla patologia generale della pelle, spesso è difficile determinare con esattezza quando comincia l'essudazione; clinicamente però non si presenta nessuna alterazione di questa natura, giacché i sintomi subiettivi nelle malattie congiunte ad essudazione sono tanto precisi da permettere appena un leggero dubbio sul cangiamento patologico.

**Cura.** — Questa naturalmente è relativa alla natura dell'eritema, e tiene di mira specialmente la causa. L'eritema idiopatico non richiede altro che si allontani la causa, la quale è in tutti i casi abbastanza evidente. Nei casi di eritema sintomatico persistente, come è comune nei bambini, bisogna ricercare l'alterazione interna cui è dovuta la manifestazione cutanea. Le applicazioni locali, ove sieno richieste, debbono usarsi secondo le esigenze che presenta il caso in osservazione; a questo scopo le varie polveri per aspersioni blande, gli unguenti addolcenti e simili preparati, sono utili.

### ERITEMA INTERTRIGO.

L'eritema intertrigo è una lesione iperemica qualificata da rossore, da calore, e da una superficie raschiata con macerazione dell'epidermide.

**Sintomi.** — Si mostra principalmente in quelle parti ove le pieghe cutanee naturali stanno in iscambievole contatto, come nelle natiche, nel perineo, nelle anguinaie, nelle ascelle e sotto le mammelle, ed è prodotto dal confricamento di due superficie opposte. È soprattutto comune nelle persone adulte e nei bambini con pelle delicata. La pelle si riscalda e si fa dolente. Talvolta avviene anche un trasudamento che agendo sull'epidermide la macera e dà origine ad un liquido acre e mucoso. Se non si combatte in questo periodo la lesione, ponno sorgere sintomi d'infiammazione; un semplice eritema intertrigo può subito mutarsi in una dermatite.

La malattia per lo più si manifesta repentinamente e, a meno che non si arresti allontanando la causa, subito diviene molestissima per l'infermo; curata opportunamente nel cominciare, per lo più sparisce colla stessa rapidità con cui si presentò. Può non durare che poche ore, o, d'altra parte, può continuare per settimane. Quando si presenta fra le natiche, sua sede comune, spesso è molesta e può rendere difficile il camminare o lo star seduto. Può essere più o meno ostinata nei bambini; con una cura conveniente del resto di raro produce molto incomodo. Può recidivare.

**Etiologia.** — Per lo più è una malattia del tempo caldo, come che possa presentarsi nel verno se vi è una causa sufficiente; nei bambini si osserva in tutte le stagioni dell'anno. Può essere idiopatica o sintomatica. Un moto eccessivo, le abitudini sedentarie, il sedere a lungo sopra cuscini, il portare vesti molto pesanti ed altre condizioni che possono produrre un calore nel corpo maggiore dell'ordinario, sono tutte cause della malattia. La causa è da ricercare sempre nella produzione di un calore esagerato nelle parti passionate, e deriva o dall'attrito o dal contatto scambievole, per un certo tempo, delle superficie opposte e riscaldate. Nei fanciulli ed in coloro la cui pelle è specialmente delicata e sensibile, lo strofinio semplice, per esempio di una veste, può essere una causa sufficiente. Ciò si osserva spesso nei neonati. Nei bambini, come nel caso di eritema semplice sintomatico, la causa può, non di raro, trovarsi in alterazioni dello stomaco o dell'intestino, nei vermi intestinali, nella dentizione ed in altri disordini generali.

**Cura.** — Ordinariamente ben poco si dee fare oltre le solite cure di nettezza. Le parti si debbono lavare con acqua fredda e sapone



di Castiglia ed asciugare con un morbido straccio o pannilino. Si debbono divaricare le pieghe cutanee e tener lontane le une dalle altre con filaccia o con un pezzo di tela. I migliori rimedii topici sono le polveri da aspergere; si possono preparare con amido unito ad ossido di zinco, a creta Francese e altre simili sostanze, in varia proporzione, come ad esempio, secondo la seguente formola:

Pr.	Polvere di ossido di zinco, gram.	7,60
	Polvere di amido	» 22,80
M. — S.	Polvere da aspergere.	

Nei casi ostinati soglio adoperare la lavanda nera allungata localmente. Applicata una o due volte al giorno, e seguita dall'uso di qualche polvere blanda, come la sopra notata, è un efficace rimedio. Le lavande alcooliche allungate si possono talvolta anche adoperare. Le lavande astringenti, composte di allume o di solfato di zinco, pochi centigrammi per ogni 30 grammi, sono eziandio utili nei casi ostinati.

---

## CLASSE III.

## EXSUDATIONES — INFIAMMAZIONI.

Le essudazioni, o infiammazioni, sono il più numeroso ed importante gruppo delle malattie cutanee. Comprendono tutte quelle malattie che sono caratterizzate da infiammazione. In questa classe stanno l'orticaria, l'eczema, la psoriasi, l'acne e alcune altre malattie comuni con cui il medico si trova quotidianamente in contatto. Le varie lesioni sono estremamente diverse quanto alla loro forma esterna ed alla loro natura, poichè alcune si manifestano come eritemi, altre come papule, vescichette, pustule, e bolle, una ad altri prodotti secondarii, squame, croste, ecc.; mentre un'altra classe si presenta come infiammazioni diffuse, più o meno profondamente situate, che passionano non solo la pelle ma anche i tessuti sottocutanei.

Le essudazioni variano estremamente nel loro corso; alcune sono acute e finiscono con una guarigione spontanea; altre, e sono la maggior parte, tendono a divenire croniche ed a continuare indefinitamente. Alcune sono semplici e di natura benigna; altre producono molta molestia all'infermo e talvolta hanno conseguenze disastrose. Le loro cause sono molteplici; molte volte sono singolarmente diverse. Soltanto per i loro aspetti patologici hanno il diritto di essere aggruppate in una classe; questi aspetti li abbiamo già descritti a proposito dell'infiammazione in generale.

## ERITEMA MULTIFORME.

L'eritema multiforme è una malattia infiammatoria caratterizzata da una cute, papule e tubercoli rossastri, più o meno variegati, che sono discreti o aggruppati per varia estensione e in diverse forme.

**Sintomi.** — La malattia comunemente è qualificata dalla varietà delle sue lesioni, che si manifestano o come isole eritematose o come papule, vescico-pustole e tubercoli. Quando si presenta ad isole, queste possono avere le più svariate forme e grandezze. Le speciali configurazioni che assumono le lesioni hanno dato origine alle qualificazioni di annulare, d'iridato, e marginato che si danno alla malattia, secondo che mostra l'una o l'altra di queste forme.

Quando la parte alterata è circolare con centro sbiadito come se la lesione si facesse più rilevante verso la periferia, chiamasi ERITEMA ANNULARE. Talvolta si forma una serie di anelli concentrici, di belli e svariati colori, come rosso, porporino, giallo ed azzurro e l'alterazione chiamasi ERITEMA IRIDATO. Talvolta le isole eritematose, dopo di avere dato un'alterazione in una notevole superficie, gradatamente si dileguano verso il centro e finiscono con un margine preciso, e la malattia in questo periodo è costituita semplicemente da linee o strisce serpentine, e chiamasi ERITEMA MARGINATO. Invece di una isola eritematosa, spesso si vedono papule e tubercoli distinti, che hanno dato origine ai nomi di ERITEMA PAPULOSO e di ERITEMA TUBERCOLOSO. Il primo s'incontra comune-

mente. Consiste di papule schiacciate distinte o aggregate, di grandezza e forma variabili. Hanno un colore rosso vivo, azzurrognolo o porporino; spariscono in parte sotto la pressione e subito si fanno sbiadite, poichè di raro durano più di una settimana o di dieci giorni. L'eritema tubercoloso si deve ritenere semplicemente come una forma papulosa esagerata. Tutte queste varietà non sono che forme e periodi diversi di un processo. In un dato caso non è raro il vedere parecchie di queste manifestazioni. Spesso si trasformano l'una nell'altra. È questo carattere principale delle lesioni l'origine del nome dato al morbo di — eritema multiforme.

Il corso della malattia è acuto; può durare per pochi giorni o per due o tre settimane, alla fine della quale epoca sparisce spontaneamente, lasciando, forse, una leggiera pigmentazione e desquamazione. Durante la sua evoluzione si possono sviluppare nuovi gruppi di lesioni, che si manifestano di quando in quando nei punti dai quali erano sparite.

Attacca a preferenza certe regioni del corpo, il dorso delle mani e dei piedi, le braccia e le gambe, sono le parti ordinariamente alterate. Le mani e le dita sono passionate più frequentemente. Per lo più si manifesta in modo simmetrico. Può anche mostrarsi sulla faccia, specialmente sulla fronte, in forma di macule e papule e sul tronco. Talvolta attacca le membrane mucose. In certi casi è generale, poichè altera tutta la superficie cutanea, ordinariamente nella forma eritematosa.

I sintomi subiettivi di raro sono molesti. Comunemente il prurito ed il bruciore sono leggieri, non ostante il brutto aspetto che spesso ha l'eruzione. Questa può essere accompagnata da sintomi di alterazione generale o possono mancare; non di raro però, nei casi diffusi vi sono malessere, dolor di capo, dolori reumatici e disturbi gastrici. Per lo più si osservano nel primo periodo dell'età adulta.

**Etiologia.** — La malattia è in certo modo speciale, in quanto che molto spesso si mostra durante la primavera e l'autunno. Si osserva d'altronde anche in altri periodi dell'anno (1). Le cause sono per la maggior parte oscure. Nondimeno la forma papulare talvolta si collega a disturbi dello stomaco; in questi casi ha un corso in certo modo simile a quello dell'orticaria. Spesso è accompagnata da reumatismo e talvolta rassomiglia alla porpora reumatica. Lewin ritiene che le malattie genito-urinarie predispongono all'efflorescenza. Si presenta in ambo i sessi, ma è più comune nella donna.

**Patologia.** — Si deve classificare fra le affezioni essudative, a lato all'orticaria, colla quale talfiata ha certi punti di comune. Lewin (2) ed altri ritengono questa malattia come un disturbo vaso-motorio. La stretta relazione fra essa e l'erpate iridato è stata da molto tempo riconosciuta; l'ultimo in realtà non è che un pe-

(1) Veggasi per ulteriori notizie su questo ed altri importanti punti relativi alla malattia, un rapporto di Lipp, *Archiv. für Dermatologie und Syphilis*, vol. iii, p. 221; non che un eccellente articolo di Moriz Kohn (Kaposi) nello stesso giornale, vol. iii, p. 381, e le comunicazioni di Lewin, *Berl. Klin. Wochenschr.*, Nr. 23, 1873 e *Charité Annalen*, Bd. iii, p. 622.

(2) *Berl. Klin. Wochenschr.*, Nr. 23, 1876.



riodo avanzato dell'eritema iridato. Quindi, nonostante la loro solita distinzione (che si fonda semplicemente sull'anatomia) non sono che una stessa malattia. La somiglianza coll'eritema nodoso è del pari grande, poichè alcuni casi di questa malattia clinicamente non sono che gravi manifestazioni della malattia di cui ci occupiamo. In altri casi sembra che le affezioni abbiano punti di differenza evidente. Non si sa nulla di preciso circa le note anatomiche delle lesioni, tranne che sono di natura infiammatoria (1).

**Diagnosi.** — Quando l'aspetto speciale ed il corso acuto delle lesioni, una al loro carattere polimorfo, si ricordano bene, non si trova difficoltà nella diagnosi. La mancanza di violento prurito o bruciore serviranno a distinguerla dall'orticaria, colla quale ha la maggiore rassomiglianza. Differisce inoltre dall'orticaria perchè la eruzione per lo più ha un carattere più rilevante, ha un colore ed una forma più determinati, ha un corso più pertinace e mancano i pomfi. Si distingue dall'eczema papuloso per la mancanza di grave prurito e per la grandezza delle papule, non che per la loro forma irregolare. La differenza fra l'erpete iridato e l'eritema iridato sta soltanto nello sviluppo; spesso si confondono l'uno nell'altro; in questo caso la diagnosi riguarderebbe unicamente il loro nome. Se non vi sono vescichette si chiama eritema; mentre se vi sono si chiama erpete. Si distingue l'eritema nodoso dal polimorfo per i suoi tumori o nodi protuberanti e rotondi, i quali, si presentano per la maggior parte sulle estremità e specialmente lungo la linea tibiale.

**Cura.** — Nella maggior parte dei casi non è necessaria nessuna cura attiva. Si devono sgombrare le intestina con un lassativo blando durante l'attacco.

La dieta deve esser leggera, evitando tutti gli alimenti e le bevande stimolanti. Le applicazioni locali debbono essere semplicissime. Le lavande con parti eguali di alcool e di acqua, di acido fenico, 1<sup>ca</sup>, 90 per mezzo litro di acqua sono utili quando vi è prurito. L'aspersione di polvere di amido e di ossido di zinco, a parti eguali, giovano a tutelare la superficie infiammata.

**Prognosi.** — La malattia tende spontaneamente alla guarigione. Con o senza cura, per lo più finisce in due o quattro settimane senza lasciar traccia della sua esistenza. È benigna. Possono avvenire recidive ogni anno.

### ERITEMA NODOSO.

*Sin.*, Dermatitis Contusiformis; *Fr.* Érythème Noux.

L'eritema nodoso è una malattia acuta infiammatoria caratterizzata dalla formazione di nodi rossastri, rotondi od ovalari, di varia grandezza più o meno protuberanti.

**Sintomi.** — La malattia si può annunziare con qualche disturbo generale. I nodi spesso appaiono repentinamente e possono presentarsi in diverse regioni del corpo, quantunque abbiano una predi-

(1) Veggansi le ricerche di Campana, Viertelj für Derm. u. Syph., 1878, pag. 318.

lezione speciale per le gambe e per le braccia. Variano per grandezza da quella di una piccola noce a quella di un uovo; sono ovalari o rotondi; e talvolta sono protuberanti con un contorno ben determinato. Il loro colore è rossastro con una tendenza a divenire azzurrognolo o porporino e si fanno più scuri a misura che divengono più antichi; talliata sono completamente lividi. Quando spariscono spesso assumono una tinta variegata giallastra, verdastra o azzurrognola, somigliante al colore di una contusione. Quando la malattia è nell'acme le lesioni hanno un aspetto brillante, teso, come se avvenisse una suppurazione; questa però non ha luogo mai, perchè fatalmente si riassorbono. Non di raro hanno un carattere più o meno emorragico. Al tatto per lo più sono resistenti, ma si fanno più cedevoli quando stanno per sparire. Il loro numero può variare da pochi ad una dozzina o più; possono occupare le gambe soltanto o varie regioni del corpo al tempo stesso (1). Ordinariamente non appaiono in una volta, ma si presentano ad intervalli in forma di aggregati, accompagnati da leggieri sintomi febbrili. Sono dolorosi e sensibili alla pressione e per lo più congiunti a sensazioni di bruciore. Talvolta vi sono coinvolti i linfatici. La malattia finisce colla guarigione spontanea e generalmente dura due o quattro settimane. Uffellmann (2) ed Oehme (3), nonpertanto, hanno descritto una forma triste che si manifesta nelle famiglie dei tubercolosi e per lo più nei giovani. All'autossia si è trovata tubercolosi degli organi interni. Come l'eritema polimorfo può attaccare le membrane mucose. Vi vanno soggetti ambo i sessi, più spesso le donne. Comunemente manifestasi nella fanciullezza e nel primo periodo dell'età adulta.

**Etiologia.** — Le cause del morbo non si conoscono. Ordinariamente si osserva in individui deboli. Perdita di appetito, languore ed altri sintomi di malessere possono precedere l'esplosione. Generalmente si hanno anche dolori reumatici, prima e durante l'attacco. Disturbi digestivi, come di altro genere, notansi talliata quando sorge la malattia. Come l'eritema multiforme, a cui rassomiglia, la malattia di cui ci occupiamo, spesso mostrasi nella primavera. Relativamente è una malattia rara. Secondo le statistiche della Associazione Americana di Dermatologia, sono riferiti 27 casi sovra 16873 di malattie cutanee.

**Patologia.** — La sua natura è alquanto incerta. È un processo infiammatorio, molto simile per la sua indole a parecchie forme di eritema multiforme, ma più grave, e talvolta è accompagnato da certi sintomi che non si osservano in questa malattia. Pur riconoscendo una rassomiglianza coll'eritema multiforme, si può studiare separatamente. Hebra (4) sembra che creda, almeno in alcuni casi, che sia principalmente un'infiammazione dei linfatici, poichè si osserva che i nodi frequentemente stanno sul tragitto di questi vasi. Ma, come afferma lo stesso Hebra, questa opinione non è giusta

(1) Veggasi la Tav. V del mio Atlas of Skin Diseases.

(2) Viertelj. für Derm. u. Syph., 1874, p. 174; 1877, p. 239.

(3) Ibid., 1878, p. 324.

(4) Diseases of the Skin, vol. i. p. 291, New Syd. Soc. translation. London, 1868.

per tutti i casi che s'incontrano. Bohn (1) è d'opinione che ciascun tumore sia un infarto infiammatorio, cagionato da embolismo nei vasi cutanei; egli perciò ritiene essere la malattia in intimi rapporti colla porpora reumatica. In taluni casi l'essudato è di natura sierosa, ma in altri è emorragica. Il processo ha varia gravità.

**Diagnosi.** — Non si dee confondere colle conseguenze delle violenze esterne. I tumori hanno una grande somiglianza colle ammacature e possono essere, facilissimamente confusi coi traumatismi di questo genere. La malattia simula pure l'erisipela, massime se manifestasi sulla faccia, ma se ne può distinguere per la presenza di nodi isolati, che oltre a ciò sono resistenti al tatto. I tumori talvolta rassomigliano ad ascessi imminenti; ma la loro storia precedente, il loro numero, il sito, ed il corso serviranno sempre a caratterizzarli. È difficilissimo confonderli coi furuncoli. Si può distinguere questa malattia dalle varietà papulose e tubercolose dell'eritema multiforme per la presenza dei nodi e per la profondità delle lesioni.

**Cura.** — Non si richiede nessuna cura attiva, tanto più che la malattia finisce spontaneamente. Quando vi sono sintomi di alterazioni funzionali, bisogna combatterli. Le intestina in generale sono costipate e si sgombrano nel miglior modo con un lassativo salino. Le acque minerali naturali alcaline possono essere prescritte con vantaggio. Si deve ordinare una dieta semplice e quei rimedii che sembrano opportuni. Nelle donne i preparati di ferro spesso si danno con vantaggio. È anche utile la chinina. Se la malattia è diffusa sulle estremità inferiori, il riposo e la posizione distesa si debbono sempre ingiungere. Le applicazioni locali hanno poca efficacia; le fomentazioni calde o le applicazioni fredde, o altri rimedii identici a quelli che sono indicati nella cura delle contusioni, sono talvolta utili a calmare le parti quando sono dolenti. Non si debbono mai fare applicazioni che abbiano un'energica azione.

**Prognosi.** — Questa in generale è favorevole. Il morbo di raro dura più di tre o quattro settimane. Sono rare le recidive.

### ORTICARIA.

*Syn.*, Febris Urticata; *Ingl.* Nettle-rash; *Hives*; *Ted.*, Nesselausschlag; *Fr.*, Urticaire.

L'orticaria è una malattia infiammativa caratterizzata dalla manifestazione di pomfi biancastri o rossastri, accompagnati da sensazioni di prurito, di spine, di formicolio.

**Sintomi.** — La malattia si manifesta colla formazione repentina di pomfi, di varia grandezza, forma e colore. La grandezza varia molto; talvolta non sono superiori ad un mezzo pisello, mentre in altri casi occupano estesi tratti della superficie cutanea; per lo più sono quanto l'unghia di un dito. Possono essere circoscritti, isolati o ad isole costituite da parecchie lesioni confluite. Tutte le grandi isole si formano in questo modo. I pomfi variano anche moltissimo per forma; comunemente sono rotondeggianti od ovali,

(1) Jahrbuch für Kinderheilkunde, Heft 4, 1868.



ma possono avere un numero infinito di forme. Si possono osservare alternativamente linee, strisce, semilune e isole irregolarmente conformate. Talvolta la configurazione è curiosa o anche grottesca. Si vedono o come leggiere eminenze, appena percettibili sopra il livello cutaneo, o come rilevanti protuberanze alte parecchie linee e più. Al tatto possono essere molli o del tutto dure. Per colore sono biancastre, rosee, o rossastre e talvolta variegate o a fasce. Per l'ordinario sono circondate da un'areola più o meno distinta. Naturalmente non resta nessuna traccia dopo la loro sparizione.

I sintomi subbiettivi sono bruciore, formicolio, punture, simili alle punture dell'ortica. Possono essere semplicemente moleste, o, d'altra parte, estremamente incomode. L'infermo si gratta per impulso irresistibile, ciò che, quantunque in parte calma la spiacevole sensazione, cagiona sempre una maggiore eruzione.

L'orticaria come si osserva comunemente è la più effimera fra le malattie cutanee. La sua apparizione ordinariamente è in singolar modo repentina, poichè spesso bastano pochi momenti al suo completo sviluppo; può restare alla superficie cutanea per non più di pochi istanti, o per un'ora e anche per un tempo maggiore. Pur quando l'eruzione è apparsa, i singoli pomfi generalmente sono molto transitorii, apparendo e sparendo nel più bizzarro modo. La malattia spesso lascia una parte del corpo per presentarsi in una altra remota; può anche cangiare di sito ripetutamente, cangiandolo di quando in quando senza causa apparente. Tutte le regioni del corpo, incluso il capo, possono andarvi soggette e può essere attaccata l'intera superficie cutanea o una parte di essa. Non ha siti di predilezione, ma tende a mostrarsi in quelle parti che sono sottoposte a pressione o iperemia per contatto delle vesti. Esplode in tutti i periodi della vita ed attacca ambo i sessi. I fanciulli specialmente vi vanno soggetti. Ordinariamente è un'alterazione acuta, la quale non dura che poche ore o un giorno, nel qual tempo possono aver luogo frequenti aggravamenti. La sua durata è del tutto relativa alla presenza o allo allontanamento della causa provocante. Si può anche presentare come affezione cronica poichè le recidive avvengono con tale frequenza e durano per un periodo così lungo, da giustificare l'epiteto di cronica.

Vi sono parecchie varietà di orticaria, secondo le speciali conformazioni della lesione anatomica, che richiedono una descrizione speciale.

**ORTICARIA PAPULOSA.** — Questa è una varietà della malattia che, per il suo speciale carattere e frequenza richiede speciale attenzione. E anche nota col nome di *LICHEN URTICATUS*. In questo caso la lesione ha la forma di una papula con tutti i caratteri di un pomfo. Si osserva segnatamente nei teneri fanciulli e si mostra come papule grosse quanto una testa di spillo o un mezzo pisello, schiacciate o acuminate, che appaiono repentinamente e dopo di essere rimaste per alcune ore o giorni, lentamente spariscono. Per lo più si mostrano in forma disseminata sul corpo e raramente si veggono in gran numero. Si accompagnano a forte prurito. A causa del grattare che fa l'infermo i loro apici sono sempre più o meno lacerati e coperti di croste sanguigne. La malattia in generale produce maggior molestia nella notte. I fanciulli nei quali si nota questa

forma di orticaria ordinariamente sono mal curati e mal nutriti; si può pure osservare nei periodi ulteriori della vita. Secondo la mia esperienza in Filadelfia questa forma della malattia non è comune. A Londra vidi nelle cliniche molti casi di questo genere.

L'orticaria non è infrequente nel corso di altre malattie. È necessario quindi distinguere quei casi in cui costituisce la sola alterazione e quelli in cui essa è una complicazione o un' affezione secondaria. Si osserva come complicazione in parecchie malattie e spesso ha una parte tanto attiva da oscurare la lesione primaria. La porpora talvolta è sede di orticaria, seguendone una lesione mista, in parte emorragia ed in parte ponfi per cui la prima è spesso nascosta. Nonpertanto si nota che la lesione orticaria è secondaria. Ciò ha dato origine ai nomi di ORTICARIA EMORRAGICA e PORPORA ORTICANTE od ORTICATA. Una tendenza alla formazione della bolla si osserva di quando in quando insieme all'orticaria, che produce un'eruzione la quale partecipa della natura delle bolle e dei ponfi. Quando avviene ciò ordinariamente i ponfi si formano per i primi, ma sono rimossi dalle bolle che possono assumere le note di bolle di penfigo. Questa speciale e rara combinazione di sintomi ha dato origine alla parola ORTICARIA BOLLOSA. Talvolta si formano nodi o tumori grossi, della grandezza di una noce o di un uovo, duri, più o meno persistenti, che rassomigliano alquanto ad esagerate lesioni di eritema nodoso, costituendo l'ORTICARIA TUBEROSA (1).

ORTICARIA ACUTA. — Secondo la causa la malattia si mostrerà in un modo o nell'altro. Pertanto ordinariamente sorge con leggieri sintomi febbrili, accompagnati da languore, da dolor di capo, da depressione, da disturbi gastrici, da lingua impatinata e da altri segni di alterazione generale. Le efflorescenze si mostrano repentinamente; sicchè in un'ora tutto il corpo può essere più o meno attaccato. In altri casi una parte soltanto, come la faccia, il tronco o gli arti sono attaccati. I ponfi sono notevoli per la loro bizzarra natura. Appaiono e spariscono molte volte nel corso dell'attacco ma non ritornano sull'antico sito a preferenza di altri. Sul capo hanno una tendenza a mostrarsi sulla fronte, sulle orecchie, sul naso, cagionando notevole turgore e deformità. Qui per lo più sono isolati e non tendono a confluire nella stessa estensione come sul tronco; in questa ultima regione non sono rari ponfi in forma di aggregati solidi, della grandezza della palma della mano o più. Le sensazioni di bruciore e di puntura sono forti e quasi intollerabili. In un tempo variabile, da un'ora ad un giorno, i sintomi cominciano a diminuire; non sorgono più nuovi ponfi e l'efflorescenza a gradi a gradi si dilegua non lasciando traccia. L'allontanamento della causa produttrice ed una cura attiva hanno una grande influenza sull'esito dell'attacco. Possono esservi recidive.

ORTICARIA CRONICA. — Qui la malattia, guardata in complesso, è d'indole cronica e continua per mesi o anni, o, invece, tanto a

(1) Questa forma della malattia fu descritta la prima volta da Milton nel 1856 e recentemente nella sua opera, *Diseases of the Skin*. Londra 1872. In una monografia dal titolo « Giant Urticaria » lo stesso autore riferisce due altri casi, accompagnati da figura colorata, Londra 1878. Juler ha pure riferito un caso. Cincinnati Lancet and Observer, Gennaio, 1878.



lungo per quanto dura la causa. I ponfi singoli tendono ad apparire e sparire allo stesso modo che tengono nella forma acuta, ma l'infermo di raro ne è del tutto libero. Non appena sparisce un gruppo già se ne mostra un altro e talvolta la pelle è in uno stato quasi costante di efflorescenza. In altri casi l'eruzione è intermittente. Talvolta i ponfi sono persistenti e durano per ore o più. I sintomi di alterazione generale, tanto rilevanti nell'orticaria acuta, ordinariamente mancano, giacchè spesso sembra che lo infermo goda buona salute.

**Etiologia.** — Le cause dell'orticaria sono molte e di natura molto diversa. Certi irritanti esterni e veleni per la pelle possono produrla in notevole grado; così l'ortica pungente, la gelatina di pesce, i bruchi, le pulci, le cimici ecc. sono cause non infrequenti. Quanto più sensibile è la pelle tanto maggiore sarà l'alterazione quando agenti di tal natura stanno in contatto con essa. Fra le cause interne le alterazioni gastriche ed intestinali sono di gran lunga le più comuni; si possono ritenere come origine della maggior parte delle orticarie acute. Così il sovraccaricare lo stomaco, l'abuso del vino, o i cibi molto stantii, possono produrre un'eruzione; mentre alcuni cibi, come il pesce, le ostriche, i granchi di mare, i gamberi, la carne di porco, specialmente i salami, la farina di vena, i funghi, i lamponi e le fragole si sa che hanno una influenza grande a produrre la malattia. Alcune sostanze medicinali, prese internamente, ponno del pari dare origine ad una forma di orticaria; fra esse il copaive, il cubebe, la trementina, la valeriana, il cloralio, lo acido salicilico e la chinina possono essere ricordate (1). S'intende che nei casi in cui l'eruzione è prodotta dall'ingestione di qualcuna delle suddette sostanze vi ha una idiosincrasia più o meno rilevante. Qualunque irritazione intestinale può dare origine alla malattia, come, ad esempio, i vermi intestinali, massime nei fanciulli. Una brusca emozione o un eccitamento insolito, in certi individui, possono bastare a provocare l'orticaria. Nelle donne le difficoltà mestruali o i disturbi uterini sono talvolta accompagnati da orticaria; la gravidanza e l'allattamento del pari ne sono talvolta causa. Una malattia organica dell'utero può dare origine alla malattia. L'orticaria ha intimi rapporti col sistema nervoso. Si osserva spesso insieme a varie alterazioni nervose, come irritazione spinale, nevralgia, coll'asma e coll'albuminuria. Talvolta vi è anche una stretta relazione fra essa e certe malattie generali, come la porpora ed il reumatismo.

Le cause dell'orticaria cronica ordinariamente sono oscure; non di raro stanno nell'irritazione spinale o in una malattia organica di certi organi, come, ad esempio, dell'utero o dei reni. Talvolta le cause sono così lievi da non essere in proporzione col grado dell'alterazione locale. Il modo di vivere, le abitudini, il moto, il cambiamento d'aria, tutti hanno un'influenza sulla malattia.

**Patologia.** — Ad una minuta osservazione il ponfo si presenta come un'eminanza più o meno dura, che consiste in una raccolta di sostanza semi-liquida la quale è stata rapidamente essudata negli strati superiori della pelle. Il processo è acuto, infiammatorio ed ha

(1) Veggasi Dermatite medicamentosa.



sede, per la maggior parte, nello strato papillare. Neumann (1) escise ed esaminò col microscopio ponfi i quali erano stati prodotti dalla puntura dell'ortica sui conigli. Lo stato della parte era quello di un notevole edema dei tessuti con una diminuzione del sangue normalmente apportatovi. La circolazione in un ponfo è sempre molto alterata e talvolta totalmente sospesa. Il sangue è spinto con forza dal centro alla periferia, producendo l'apice biancastro e l'areola rossa caratteristici. Quale parte hanno i nervi e quale le fibre muscolari cutanee nella produzione dei ponfi non si può determinare positivamente. Non vi può essere dubbio, però, che i nervi hanno una parte molto importante nella loro formazione ed è probabile che il sistema vaso-motorio è implicato nella loro formazione. I ponfi dell'orticaria papulosa sono speciali, giacchè primitivamente non sono che ponfi i quali poi producono un deposito di sostanza plastica.

**Diagnosi.** — Quando la natura della lesione anatomica si ha presente non può incontrarsi difficoltà a distinguere l'orticaria da altre malattie. Inoltre le speciali sensazioni di puntura, di bruciore e la subitanea manifestazione dell'efflorescenza, sono caratteristici. La sua presenza come una complicazione di altre malattie può talvolta produrre confusione nella diagnosi; ma in questi casi è da ricordare che è solamente una produzione secondaria o complicazione e perciò di minore importanza. L'eritema papuloso e tubercoloso si può confondere coll'orticaria; ma generalmente si possono diagnosticare dalla mancanza di prurito. Nell'eritema non vi sono, del resto, ponfi, ma papule che hanno una storia diversa. L'eritema nodoso apparentemente ha una certa rassomiglianza colla forma tubercolosa dell'orticaria; ma nell'eritema i tumori ordinariamente sono più duri e più persistenti e non si accompagnano a prurito. L'orticaria non si deve confondere colle erisipele, errore che può avvenire quando è diffusa sulla fascia. Quando la malattia sta per sparire le lesioni più o meno pigmentarie si possono prendere per sifilitiche.

**Cura.** — La prima cosa nel curare un caso di orticaria è lo studio completo della causa che vi ha dato origine. Nel maggior numero dei casi si può scoprire e consisterà in qualcuna delle alterazioni riferite nel parlare dell'etiologia. Nell'allontanare o far diminuire queste alterazioni deve consistere l'opera del medico. Quando l'orticaria è acuta e dipende da disturbo gastrico, la cura deve essere in certo modo regolata dalle speciali condizioni individuali, ed anche dalla gravità dell'attacco. Fa d'uopo ricercare esattamente quali sono stati i cibi di cui lo infermo ha fatto uso; bisogna pure appurare quale è stata la loro qualità, come freschezza, ecc. È da tener presente eziandio la possibilità che lo infermo abbia mangiato qualche cosa d'insolito. Nei casi gravi un emetico di solfato di zinco, di ipecacuana, o di senape si può amministrare, massime se vi ha motivo a credere che il cibo sia ancora nello stomaco. Fa d'uopo sgombrare le intestina ed a questo scopo utilissimo è uno dei purganti salini, come il solfato di magnesia ed il sale di Rochelle. In ogni caso bisogna procurare la facile funzione intestinale quanto

(1) Hand-Book of Skin Diseases, p. 135. Amer. ed., New York, 1872.

più presto è possibile; l'uso ripetuto degli aperienti blandi, deve inoltre essere continuato fino a che non abbia avuto luogo la guarigione completa. La dieta deve essere semplicissima, ed evitare tutti i cibi e le bevande stimolanti. Altri casi, non cagionati da manifesto disordine intestinale, si possono, parimenti, in simil guisa curare sulle prime vantaggiosamente colle bevande saline e dopo cogli acidi minerali o con altri rimedii e si può prescrivere un rigoroso metodo dietetico. Ma la cura per un dato caso non può essere determinata fino a che non sieno conosciute completamente la sua natura e la sua causa. Quando vi è una disposizione all'acidità dello stomaco, cosa frequente, sono utilissimi i preparati alcalini. Il bicarbonato di soda alla dose di 30 a 60 centigrammi per volta, spesso ripetuta, l'acqua di calce, il liquore di potassa a piccole dosi, spesso ripetute ed altri rimedii simili, spesso saranno seguiti da buoni risultati. Il sottonitrato di bismuto insieme a piccole dosi di calomelano ed oppio, è del pari vantaggioso a calmare l'irritabilità dello stomaco, che talvolta è consecutiva all'orticaria acuta. Le acque minerali alcaline sono spesso rinfrescanti e gradevoli per l'infermo.

Nell'orticaria cronica le intestina debbono essere regolate per mezzo dei lassativi. Il cibo deve essere nutriente ma semplice. In ogni caso si deve badare allo stato generale di salute. Siccome le cause possono essere estremamente diverse per natura ed oscure in molti casi, ogni ammalato avrà bisogno di uno studio speciale. Frequentemente si troverà che la cagione in apparenza è insignificante, è del tutto impari al grado della lesione cutanea. Qualunque sia l'alterazione, per lieve che sia il caso, si deve combattere la causa; se è possibile. Molte volte sono indicati i diuretici; l'acetato di potassa alla dose di 120 a 180 centigrammi, molto allungato, è un rimedio efficace. Le acque alcaline naturali, come ad esempio, quelle di Vichy e Saratoga (Saratoga Vichy Spouting Spring) si possono talvolta ordinare coi migliori risultati. Se vi sono sintomi di gotta bisogna ordinare gli alcalini; il colchico o altri rimedii adattati al caso. La chinina spesso è un rimedio utile, non pure nei casi a tipo intermittente, ma anche in altri. L'arsenico è giovevole certe volte quando altri rimedii sono inefficaci e lo raccomandano Wilson, Milton ed Hardy. Il ferro si può pure prescrivere talfiata con vantaggio. Il bromuro di potassio, il cloralo ed altri sedativi saranno utili a calmare il sistema nervoso, che sovente è molto alterato per molte sofferenze. In certi casi in cui la malattia è persistente e dipendente da una causa non valutabile, il bromuro di potassio a larghe dosi si può amministrare colla speranza di un miglioramento permanente. McCall Anderson ne fa gli elogi a questo proposito. Il cangiamento di clima talvolta è benefico quando gli altri mezzi non sono stati coronati da successo.

La cura locale è importantissima. Le sensazioni di bruciore e di puntura, speciali di questa malattia, sono generalmente tanto incommode da reclamare i più pronti ed energici rimedii esterni. L'infermo deve essere liberato da tutte le vesti irritanti. Le coperte da letto per la notte debbono essere leggiere e la camera in cui



dorme deve essere mantenuta fresca. I bagni e le lavande costituiscono il migliore mezzo per applicare i rimedii, si possono preparare con varie sostanze e si possono usare o caldi o freddi, secondo che sembrano più opportuni.

Siccome la malattia può essere ribelle alla cura, ricorderò parecchi rimedii, giacchè l'esperienza insegna che se uno è inefficace un altro può essere utile. Talvolta si ha un sollievo nettando le parti con aceto ed acqua. I bagni di acqua di mare si possono anche usare con buoni risultati in certi casi. Uno dei migliori rimedii è l'alcool, in una forma o in altra, come, ad esempio, brandy o whisky. Si può applicare come bevanda, o diluito o concentrato, e nella maggior parte dei casi produrrà positivo miglioramento. Si deve usare frequentemente. I bagni alcalini, fatti col carbonato di soda e potassa, spesso sono utili. Per un tino ordinario, contenente circa 135 litri di acqua, 93 grammi di carbonato di soda e 93 di bicarbonato di potassa costituiscono la media proporzione efficace. Un pugno di amido, bollito coll'acqua (un litro) si può aggiungere vantaggiosamente al bagno. L'amido, la gelatina, la crusca, preparati nel modo suddetto, sono anche utili. Il solfuro di potassio, da 31 a 62 grammi per bagno, talvolta si può adoperare con buon risultato. I bagni acidi, contenenti acido idroclorico e nitrico, 15 grammi per 135 litri di acqua, sono anche raccomandati. L'acido fenico coll'acqua, da 3<sup>re</sup>,80 a 7<sup>re</sup>,60 per mezzo litro di acqua, si può usare con eccellenti effetti; anche l'acido benzoico coll'acqua, pochi centigrammi per ogni 31 grammi, o coll'alcool, 60 a 120 centigrammi per ogni 31 grammi. L'acido benzoico ed il borace, di ciascuno 30 o 60 centigrammi per ogni 31 grammi di acqua, possono altresì raccomandarsi. Il cloralio, 60 a 120 centigrammi per ogni 31 grammi; il cloralio e la canfora, a parti eguali, 3<sup>re</sup>,80 per 31 grammi di unguento; il cloroformio; il sublimato corrosivo, 30 centigrammi per mezzo litro; il bromuro di potassio, da 15<sup>re</sup>,20 a 30<sup>re</sup>,40 per mezzo litro; l'acido idrocianico allungato, 3<sup>re</sup>,80 a 11<sup>re</sup>,40 per mezzo litro, si possono citare come utili. Le lavande acide, ad esempio di acido acetico e citrico; l'acqua con ammoniaca allungata ed il carbonato di ammoniaca, 60 a 120 centigrammi per ogni 31 grammi, possono anche essere utili.

**Prognosi.**—Ordinariamente bastano pochi giorni a calmare l'orticaria acuta quando dipende da un disordine gastrico. In questi casi sono facili le ricadute sempre che l'infermo si espone alla causa provocante. La varietà cronica è di natura molto più grave e generalmente ha un corso ostinato. La prognosi varierà secondo la probabilità di rimuovere la causa.

**ORTICARIA PIGMENTARIA.**—Con questo nome sono stati descritti casi di forma non comune della malattia che presentano forme le quali danno ad essa diritto di studiarla sotto questo aspetto. È caratterizzata dalla formazione di ponfi rosei, rossastri o giallastri, simili a quelli che si osservano nell'orticaria comune, i quali tendono a perdurare e ad essere seguiti da macchie giallastre, verdastre o brunastre, ovvero da isole pigmentate. La pelle in tutti i casi è sensibilissima e molto irritabile, poichè il menomo eccitamento produce un'esplosione del morbo e prurito con bruciore forti. Gli at-



tacchi si presentano ad intervalli variabili, e la malattia ordinariamente è cronica, giacchè le lesioni per lo più durano da parecchi giorni a molte settimane. Si osserva nei fanciulli, e nei casi riferiti, si manifestò per la prima volta nella prima infanzia. Può continuare per mesi od anni. La natura del morbo è oscura. Alcuni osservatori la ritengono come una forma speciale di orticaria, mentre altri, come Tilbury Fox e Thin, sostengono che essa sia distinta dall'orticaria e che sia da considerare piuttosto come una neoformazione (1). Questa ultima opinione certamente non è esatta per tutti i casi o per tutti i periodi del processo. In due casi che sono venuti in mia conoscenza l'orticaria era evidente e la probabilità di una neoformazione appena si presentò. La malattia si può confondere col sifiloderma eritematoso o papulare. Ne sono stati riferiti casi da Nettleship (2) da Marrant Baker (3), da Tilbury Fox (4), da Barlow (5), da Sangster (6), da Morrow (7) e da Goodhardt (8).

### ECZEMA.

*Sin., Ingl., Tetter; Ted., Eczem; Fr., Eczéma.*

L'eczema è una malattia della pelle infiammatoria, acuta o cronica, caratterizzata dal suo cominciare come eritema, papule, vescichette, o pustole o con una combinazione di queste lesioni, accompagnata da infiltrazione e prurito in maggiore o minore grado, e finisce o col vuotamento e formazione di croste o colla desquamazione.

**Sintomi.**—È da notare che la parola eczema si usa in un largo significato ed include parecchie lesioni diverse. Molte di queste forme di malattia fino a pochissimo tempo dietro sono state ritenute come lesioni distinte. Colla luce della moderna patologia, però, siamo in grado di aggrupparle e riferirle allo stesso processo. Come ora osserviamo, non sono che varietà e periodi di uno stesso morbo. Guardando, dunque, queste svariate manifestazioni sotto questo aspetto, si semplifica il loro studio. Infatti, soltanto interpretando a questo modo l'argomento, mi sembra che lo eczema possa essere completamente compreso.

La malattia si presenta con varie lesioni. È un morbo eminentemente polimorfo. Talvolta mostrasi come eritema: poi, forse, questo eritema diviene una macchia umida, escoriata, che in ultimo finisce presentando una superficie ingrossata, secca, desquamativa. Altre volte comincia in forma di vescichette o di pustole, situate

(1) Il Dr. Thin esaminò microscopicamente le lesioni in un caso e trovò che la lesione consisteva in una formazione cellulare granulosa, non dissimile da quella dello scrofuloderma. *Trans. of the Clin. Soc.*, vol. IX.

(2) *Brit. Med. Journ.*, Settembre 18, 1869.

(3) *Trans. Lond. Clin. Soc.*, 1875.

(4) *Ibid.*, 1875. Il Dr. Fox descrive la malattia col nome di xanthelasmoides per la sua somiglianza colla xantelasma, o xantenma, e dà una tavola la quale rappresenta un caso nel suo *Atlas of Skin Diseases*.

(5) *Trans. Lond. Clin. Soc.*, 1877.

(6) *Lancet*, Maggio 11, 1878.

(7) *Archives of Dermatology*, Gennaio, 1879.

(8) *Med. Times and Gaz.*, Febbraio 1, 1879.

sovra una base molto infiammata, con turgore e calore; le vescichette subito si rompono e ne risulta una superficie rossa, umida che segrega un liquido gommoso, il quale si dissecca presto formando una grossa crosta. Il carattere di questa lesione allora può cangiare repentinamente ed invece di una superficie umida ed escoriata vi è un tratto cutaneo secco, squamoso, infiltrato, screpolato, che continua a restare fino a che non si allontana la malattia. Or le papule possono nuovamente presentarsi e possono restar tali per tutto il loro corso o mutarsi in altre lesioni, ovvero associarsi presto o tardi a vescichette. Questo è un breve abbozzo dei cangiamenti che possono aver luogo, ed avvengono comunemente, nell'eczema. Non vi è nessun'altra malattia della pelle nella quale le lesioni, primarie e secondarie, subiscono tante e così repentine alterazioni; non di raro possiamo osservare ogni varietà di eczema che si manifesta a volta a volta sullo stesso individuo. Ci occuperemo più a lungo di questo argomento nel trattare delle molte varietà della malattia.

In ogni caso di eczema vi è infiltrazione maggiore o minore dei tessuti. L'essudazione, sia liquida, sia plastica, generalmente è notevole e nella maggior parte dei casi è estrema, dando origine o a scolo ed a croste o al deposito di sostanza plastica. La presenza o mancanza di scolo, quel carattere che per tanto lungo tempo fu considerato come un *sine qua non* dell'eczema, sarà relativa esclusivamente alle lesioni con cui si manifesta la malattia. Nelle forme vescicolari e pustolose la quantità dell'essudato liquido ordinariamente è grande ed è seguita da esteso ingrossamento non che dalla formazione di croste. D'altra parte, nelle varietà eritematosa e papulosa non ha luogo nessuno scolo e perciò non si formano croste; in questi casi però vi è una desquamazione in maggiore o minor grado, che varia per quantità secondo il periodo del morbo ed il sito attaccato.

Un sintomo costante di questa malattia è il prurito in vario grado. La sua intensità varia da quella che produce una semplice molestia a quella che dà un gravissimo incomodo. Talvolta vi ha una sensazione di bruciore più che di prurito; in altri casi vi sono l'uno e l'altro; più di raro si sente dolore.

L'eczema segue il suo corso o come malattia acuta che dura poche settimane e poi sparisce per non ritornare, o, come avviene molto più spesso, assume una forma cronica e continua per mesi od anni con maggiore o minore variazione. In generale tende a fissarsi sulla pelle e rimanervi per un periodo indefinito.

Può manifestarsi come un'eruzione circoscritta, in forma d'isole di diversa grandezza e forma, singole o multipli, modo solito di distribuzione, o si può mostrare come malattia diffusa, che passiona la maggior parte del corpo o tutto. A meno che non occupi un'estesa superficie, di raro esordisce con sintomi di alterazione generale.

Le varietà dell'eczema si denominano dalle lesioni che presenta la malattia nel cominciare.

ECZEMA ERITEMATOSO.—In questo la lesione primitiva è una macula, — un eritema. Il corso di un caso tipico si può descrivere



nel modo seguente. La prima cosa che si osserva è uno stato eritematoso della cute, con confini indefiniti e che per lo più si confonde insensibilmente colla cute sana circostante. La superficie alterata può essere piccola o grande; può avere l'estensione di una moneta, per esempio sul naso, o quella della mano ed anche più. Vi può essere un leggiero turgore, che varia secondo il sito e la estensione della superficie alterata. Non vi ha scolo o umidità. Ordinariamente la parte ammalata è coperta da sottile membranella di epidermide o squama, secca, che si sfalda; talvolta, a causa di escoriazione, si denuda lo strato mucoso. Il colore della pelle è chiaro o rosso scuro; spesso ha anche una tinta rosso-giallastra, altre volte violacea. Può essere uniformemente diffusa sul sito ammalato, o, come incontra sovente, può essere picchiettata o in forma di macchie. Sulla faccia specialmente vi può essere una grande varietà di colore; una volta è chiaro, un'altra è scuro.

La malattia o resta circoscritta ad una piccola area o attacca una vasta superficie. L'intensità del processo varia moltissimo di tempo in tempo; può migliorare in un giorno e peggiorare in quello seguente; può anche sparire totalmente per un certo spazio di tempo e poi repentinamente ripresentarsi. Il corso è variabile. Può esaurirsi completamente alla fine di poche settimane, o come è facile che avvenga, può assumere un corso cronico, accompagnato da notevole ingrossamento dei tessuti. Ha un'estrema tendenza alle recidive. L'influenza del caldo esterno o dell'eccitamento l'aggrava sempre. I cibi pesanti, gli eccessi nel bere, possono del pari essere seguiti da un aggravamento. Le sensazioni di bruciore e di prurito in quasi tutti i casi sono notevoli ed in generale sono sintomi importanti.

L'eczema eritematoso può restare tale fino a che sparisce o può subire cangiamenti, per esempio si può trasformare in un'eczema umido, con formazione più o meno notevole di croste. La parte passionata spesso determina la forma con cui il morbo probabilmente si rivelerà; quando si presenta in siti ove due superficie stanno naturalmente in mutuo contatto, per esempio sui genitali, ne segue ordinariamente l'eczema intertrigo. Nella maggior parte dei casi, però, finisce colla desquamazione, divenendo eczema squamoso. Di raro si vedono le vescichette o le pustole, poichè la parte ammalata per lo più presenta lo stato eritematoso o squamoso sino all'ultimo. L'eczema eritematoso ordinariamente mostrasi sulla faccia (1), segnatamente sulla fronte; si osserva anche sui genitali.

ECZEMA VESCICOLOSO. — D'ordinario si manifesta nel seguente modo. Vi è una sensazione di calore e irritazione sulla parte per poco tempo prima dell'eruzione; poi si manifesta un rossore vivo diffuso o punteggiato, accompagnato da prurito e da bruciore, che continua ad aumentare fino a che in breve tempo si presentano vescichette, minute, della grandezza di una punta o di una testa di spillo. Queste o sono discrete o, come si osserva più spesso, fittamente aggruppate; frequentemente confluiscono costituendo una isola. Crescono di ora in ora, fino a che presto divengono molto tese da un liquido chiaro od opaco giallastro. I tessuti sono tumidi,

(1) Veggasi il mio Atlas of Skin Diseases, Tav. A.



caldi, di colore rosso vivo e il prurito comunemente è tanto forte che lo infermo non può resistere alla tentazione di grattarsi. In questo momento il processo è nel suo acme (1) e così ha fatto un rapido corso. Ma la malattia non resta per lungo tempo in questo stato; le vescichette subito si rompono, o spontaneamente o per il grattare dell'ammalato ed il liquido si sparge alla superficie disseccandosi in croste giallastre. Poi si formano nuove vescichette, o, d'altra parte, lo scolo è così rapido dalla pelle che non vi ha tempo per la vescicazione. La quantità del liquido essudato spesso è molto grande. Per la macerazione della epidermide, per lo strofinare e grattare la parte subito si forma una superficie escoriata, più o meno rossa, umida. La quantità delle croste è relativa a varie condizioni, per esempio al sito alterato, all'esposizione all'aria, all'allontanamento o alla permanenza delle antiche croste, ecc. La malattia può continuare a questo modo per pochi giorni, dopo i quali i vari sintomi gradatamente diminuiranno, o, d'altra parte, si possono aggravare e in questo caso la malattia passa in un altro periodo più lungo, chiamato di eczema rubro.

L'eczema vescicolare tipico, ora descritto, si osserva bastantemente spesso in uno o in altro periodo di questo morbo; più frequentemente però, insieme alle vescichette, troviamo anche papule, papulo-vescichette, pustole ed altre lesioni. In questi ultimi casi, i quali sono comuni, il carattere variabile dell'eczema è più manifesto. Le lesioni sovente sono polimorfe, infatti è difficile determinare per esempio se predominano le vescichette o le pustole. Il prurito è il sintomo subiettivo più importante; generalmente è forte e dà origine ad un bisogno irresistibile di grattarsi. Dopo che le vescichette si sono aperte, e il liquido è venuto fuori, il prurito diminuisce un poco e spesso si accusa bruciore. Colla manifestazione di nuove vescichette ritorna il prurito.

L'eczema vescicoso può attaccare soltanto una piccola superficie o si può mostrare diffuso sovra diverse regioni del corpo. Frequentemente presentasi sulla faccia, nei bambini e negli adulti; nei primi costituisce la *CROSTA LATTEA* degli antichi scrittori. Si mostra pure molto spesso sulle mani e sulle dita. Le lesioni non hanno tendenza ad aggrupparsi e si presentano senza regolarità di distribuzione. Si formano sulle aperture dei follicoli piliferi ed in altre parti della pelle senza preferenza.

**ECZEMA PUSTOLOSO.** — Questa varietà, chiamata anche da alcuni scrittori **ECZEMA IMPETIGINOSO**, è molto simile alla precedente colla differenza che le lesioni assumono la forma di pustole più che di vescichette. Esse si formano come le vescichette, che sono state descritte. Ordinariamente la malattia è accompagnata da minore turgore, calore e prurito. Le pustole possono essere più grosse delle vescichette e generalmente sono più estese e più resistenti. Sorgono come pustole, o, e ciò si osserva sovente, divengono pustole per trasformazione delle vescichette; inoltre le due lesioni possono esservi contemporaneamente l'una accanto all'altra. Non si può tirare una linea precisa fra le vescichette e le pustole dell'eczema.

(1) Questo periodo della malattia è ben riprodotto nel mio *Atlas of Skin Diseases* Tav. T.

Come le vescichette, si compongono e sono costituite da croste dense, giallo-verdastre, chiare o scure, che possono coprire completamente la pelle. Se il processo continua, si possono accumulare in quantità cagionando grande deformazione. Si disseccano presto e divengono friabili e finalmente vanno via o si sminuzzano.

L'eczema pustoloso mostrasi frequentissimamente sul cranio e sulla faccia (1); è comune in queste regioni nei bambini e nei giovani, più specialmente in quelli che sono mal nutriti e trascurano la nettezza. Sul corpo ordinariamente sono pertinaci. Sovra esso le pustole possono essere numerose, attaccando talvolta tutta la superficie cutanea e dando origine ad una forma molestissima della malattia. L'eczema pustoloso per lo più ha luogo in coloro che presentano uno stato di salute non buono ed in coloro che hanno abito scrofoloso.

**ECZEMA PAPULOSO.**—Questa varietà, conosciuta una volta col nome di **LICHEN SEMPLICE**, è caratterizzata dalla manifestazione di papule più che di vescichette o di altre lesioni. Quantunque per molto tempo sia stata ritenuta come malattia distinta dall'eczema e chiamata lichen, oggi si sa che è una varietà dell'eczema. La sua natura eczematosa fu notata per la prima volta da Hebra. Si presenta in forma di papule piccole, rotonde od acuminate, la cui grandezza varia da quella di una piccola a quella di una grande punta di spillo. Il loro colore è rossastro; talvolta rosso vivo, in altri casi più scuro o violaceo. Possono essere o discrete o confluenti e o aggruppate in isole o disseminate sovra un'estesa superficie, senza una distribuzione regolare. Ordinariamente, cominciano come papule e sono tali per tutto il loro corso. Talvolta però cominciano come papule e si trasformano in altre lesioni, per esempio in vescichette; o possono essere associate alle vescichette, presentandosi contemporaneamente l'una e l'altra lesione. Così, nell'eczema papuloso, mentre predominano le vere papule, si possono osservare papule imperfettamente formate, vescichette semi-sviluppate, o anche vescichette tipiche. Questo fatto clinico dimostra l'identità del processo e che la varietà vescicolare e papulosa sono manifestazioni di una stessa malattia. Quando le papule sono affollate possono confluire e formare isole solide, che, se soggiacciono a violento grattamento o ad altre irritazioni, si possono abrasare e seguirne eczema rubro. Siccome le lesioni ordinariamente sono discrete, il fatto suddetto ha luogo di raro.

Le papule per lo più sono persistenti; possono continuare per un certo tempo senza subire notevole cangiamento o possono sparire ed essere sostituite da altre. Quando si aggregano in forma d'isole, comunemente la infiltrazione è estesa. L'eczema papuloso attacca a preferenza le braccia, il tronco e le cosce, massime i lati della flessione (2). Può invadere una regione circoscritta o la maggior parte del corpo. È la varietà più ostinata e talliata è estremamente ribelle alla cura. I sintomi subiettivi generalmente sono più violenti di quelli di altre varietà dell'eczema. Il prurito per lo più è insopportabile. Gl'infermi si grattano spietatamente, rompendo le

(1) Veggasi Tav. Y nel mio Atlas of the Skin Diseases.

(2) Veggasi Tav. X nel mio Atlas of Skin Diseases.

estremità delle papule e facendole sanguinare. Qua e là si possono vedere quasi sempre crosticine sanguigne sulle regioni accessibili alla mano.

Avendo descritto le varietà dell'eczema studiato quanto alle lesioni primarie, restano ancora certe forme della malattia che, quantunque a rigor di termini non sieno varietà, sono importanti e richiedono una descrizione speciale. La prima cui bisogna dirigere l'attenzione è stata già per incidente accennata nel parlare dell'eczema eritematoso e vescicoloso, l'ECZEMA MADIDO, o l'ECZEMA RUBRO. Questo si dee considerare piuttosto come uno stato che segue a precedente azione morbosa, che come varietà della malattia. Si dee ritenere come varietà soltanto in un senso clinico. Può seguire o all'eczema eritematoso, vescicoloso, pustoloso, o al papuloso, come già si è detto. È caratterizzato da una superficie più o meno rossastra, umida, accompagnata da notevoli sintomi infiammativi. Il siero si essuda largamente, e si trasforma in croste; il sangue cola del pari dal derma lacerato e denudato, e, insieme al siero, si dissecca, costituendo croste grosse, giallastre o brunastre, che spesso avvolgono completamente la regione (1). Queste croste aderiscono intimamente e solidamente alla parte, e, a meno che non si distacchino con mezzi meccanici, vi possono restare indefinitamente e il morbo segue il suo corso sotto la massa crostosa. L'eczema madido, quindi, presenta due aspetti, — o mostrasi colla crosta, o senza di questa. Nell'un caso la pelle è completamente nascosta da una crosta sporca giallastra o brunastra; nell'altro presenta una superficie rosso viva, punteggiata, scontinua, priva in gran parte della sua epidermide ed essudante un liquido chiaro od opaco, di consistenza sciroposa, giallastro.

L'eczema madido si può osservare su qualunque parte del corpo. Si osserva più comunemente sulle gambe, massime nei vecchi, in forma di estese isole, che talvolta occupano tutta la superficie dell'arto. Per lo più è di natura cronica, giacchè non pure la pelle ma anche i tessuti più profondi ne sono più o meno attaccati. La infiltrazione ha luogo in grado notevole e la pelle s'ingrossa ed indurisce molto, poichè talvolta, nei casi antichi, dà la sensazione di cuoio. L'eczema può continuare così per anni, non solo non presentando nessuna tendenza alla guarigione spontanea, ma, al contrario, tendendo positivamente ad aumentare. Anche i lati flessori delle articolazioni spesso sono sede dell'eczema madido; le anguinaie e la fessura fra le natiche, spesso sono passionate, ed in tal caso l'alterazione per lo più è conseguenza di un eczema eritematoso.

Altra importante varietà clinica o forma di eczema è quella chiamata ECZEMA SQUAMOSO. Questo si deve ritenere come un periodo di una o altra delle quattro varietà di eczema; può seguire alle varietà eritematosa, vescicolosa, pustolosa o papulosa della malattia. Come già si è detto è molto facile che tenga dietro all'eczema eritematoso. In altri casi mostrasi alla fine delle varietà vescicolosa e pustolosa, in forma d'isole di squame secche e dure. L'ecze-

(1) Veggasi la faccia di un bambino, Tav. O, nel mio Atlas of Skin Diseases.



ma papuloso, quando le lesioni sono confluenti o sono tanto fittamente affollate da costituire un'isola solida, può anche finire coll'eczema squamoso; sulle estremità sovente si osservano alterazioni di questo genere. Quando è tipico è caratterizzato da isole di varia grandezza e forma, rossastre. Sono secche, o più o meno squamose. Talvolta le squame costituiscono un fenomeno rilevante, in altri casi sono scarse giacchè dal sito alterato dipende in certo grado la quantità della desquamazione (1). Vi è sempre infiltrazione e nella maggior parte dei casi, in cui i tratti alterati hanno durato per qualche tempo, è rilevante. Quando si prende la pelle fra le dita, si sente che è ingrossata. Questo carattere naturalmente è di tutti i gradi; può essere leggiero, ovvero molto notevole, secondo le speciali condizioni dei singoli casi.

L'eczema squamoso può essere, e molte volte è, semplicemente un periodo effimero della malattia, mostrandosi per breve tempo soltanto prima che sparisca l'alterazione. Il nome di eczema squamoso nonpertanto si usa comunemente per denotare il periodo cronico, che può continuare senza cangiamento notevole per un tempo indefinito.

Nell'eczema si osservano altre lesioni, le quali sono degne di menzione, e si manifestano sovra una o altra parte del corpo con caratteri speciali.

Le ragadi, o fenditure, non di raro si osservano su quelle regioni che, per la loro naturale conformazione, sono soggette ad una continua mobilità. Le varie articolazioni, massime delle mani e delle dita, sono la sede ordinaria delle ragadi, in grado più o meno rilevante; talvolta sono molto diffuse, profonde, di colore rosso vivo, che fanno vedere la vera pelle e sono tanto dolorose che la mobilità è impossibile. Ordinariamente si formano presso le pieghe normali della pelle, ma possono presentarsi anche altrove. Per la maggior parte sono prodotte dai movimenti o dallo stiramento dei tessuti eczematosi, che in molti individui tendono a spaccarsi. Si trovano più o meno sviluppate nelle varietà eritematosa, vescicolare e pustolosa dello eczema, che allora chiamasi ECZEMA FISSUM o RIMOSUM. I così detti CREPACCI, che si formano sulle mani, nella bocca o in altri punti, sono lesioni ragadiformi, che possono manifestarsi sulla pelle quando questa ha una disposizione all'eczema, o quando è esageratamente delicata. Possono pure essere prodotti dall'uso d'irritanti esterni, come saponi forti, abuso dell'acqua, degli acidi e altre simili sostanze, non che dall'azione del tempo freddo e dai lavori manuali grossolani.

Nei tratti eczematosi ingrossati, infiltrati, circoscritti, talvolta si presenta uno stato porriforme, verrucoso, speciale, dovuto ad ipertrofia delle papille. Esso può chiamarsi ECZEMA VERRUCOSO, come ha suggerito Wilson; se è semplicemente duro piuttosto che verrucoso, ECZEMA SCLEROSO.

ECZEMA ACUTO E CRONICO. — Una divisione naturale dell'eczema, e al tempo stesso importante e conveniente, è quella in eczema

(1) Veggasi la Tav. I nel mio Atlas of Skin Diseases, che rappresenta un caso tipico di eczema squamoso della parte dorsale del collo.

acuto ed in eczema cronico. La linea di separazione fra essi si può tirare ordinariamente ricorrendo alle sue forme cliniche e patologiche. La divisione non si riferisce tanto al tempo, quanto a certi cangiamenti patologici che hanno luogo durante il corso della malattia e che è necessario avere in mente quando si agita l'argomento della cura. L'eczema, in generale, tende a divenire cronico; vi sono, però, molte eccezioni, che costituiscono esempi di eczema acuto tipico, nei quali tutto il processo si esaurisce in un breve periodo di tempo. Finchè i sintomi generali flogistici sono gravi ed i cangiamenti secondarii insignificanti, si può dire che la malattia è acuta; quando, però, il processo è entrato in una fase determinata di azione, che si ripete continuamente, accompagnata da cangiamenti secondarii, la malattia è cronica. Le parole acuta e cronica si applicano eziandio a denotare la lunghezza del tempo nel quale la malattia ha durato.

**Etiologia.** — L'eczema è la più frequente malattia cutanea. In alcuni paesi è più frequente che in altri. A Filadelfia, secondo la mia esperienza, costituisce il quaranta al cinquanta per cento del numero totale delle malattie cutanee. A Boston, secondo White (1) la media è quasi eguale alla suddetta; su 5000 casi di malattie cutanee osservate nell'Ambulatorio del Massachusetts General Hospital, 2242 erano di eczema. A New York, Bulkley (2) dice che la proporzione è minore, cioè costituisce circa un terzo di tutti i casi. Le statistiche dell'American Dermatological Association (3) danno 6179 casi su 16863 casi di malattie cutanee. Anderson (4), di Glasgow, su 10000 casi osservati nella pratica dell'ospedale ne osservò 2527 di eczema, mentre Hebra (5), a Vienna, su 29535 in tredici anni nell'Ospedale Generale ne notò soltanto 2195. Da ciò si vede che presso di noi la malattia è più frequente che altrove.

Questa malattia attacca individui di ogni condizione, i ricchi ed i poveri, e può manifestarsi in qualunque periodo della vita dalla infanzia alla vecchiezza. Gli uomini e le donne ne sono attaccati quasi nella stessa misura, come che statistiche molto numerose dimostrino che sia alquanto più frequente negli uomini. In certi casi è ereditaria, in quanto che la predisposizione alla sua manifestazione si trasmette da padre in figlio. D'altra parte, nella maggior parte dei casi, non si osserva nessun'eredità. Non tutti i temperamenti vi vanno egualmente soggetti; coloro che hanno capelli chiari e florido aspetto sono più spesso attaccati di coloro che hanno capelli e cute scuri. Vi sono inoltre alcuni individui i quali hanno tale speciale costituzione, che la loro pelle subito presenta manifesti segni di eczema per la più leggiera provocazione, sia che questa risulti da irritanti interni, sia da esterni. Per esempio è noto che in alcuni gl'irritanti locali invariabilmente tendono a suscitare l'eczema, mentre la specie stessa ed il grado stesso d'irritazione in altri produce tutto al più una semplice dermatite, che finisce completa-

(1) Boston Medical and Surgical Journal, Jan. 27, 1876.

(2) American Practitioner, May, 1875.

(3) Trans. Amer. Derm. Assoc., New York, 1879.

(4) The Lancet, Nov. 11, 1871.

(5) Neumann's Lehrbuch der Hautkrankheiten, Wien, 1876.

mente allontanando la causa (1). In simil guisa, in questi casi, le alterazioni interne di varia specie bastano spesso a produrre l'eczema, mentre, come siamo persuasi, nessun grado di simile irritazione interna cagionerà in un'altra classe d'individui il più semplice sintomo di eczema. Quindi sembra che vi debba essere in alcuni una certa particolarità inerente di costituzione individuale, che, in circostanze favorevoli, agevola la manifestazione dell'eczema.

**CAUSE COSTITUZIONALI.** — Fra queste trovansi molte condizioni che possono dare origine all'eczema. Esse hanno una parte importante nella produzione della malattia, e, provocatala, spiegano una potente influenza a mantenerla. Fra le cause costituzionali occupano un posto importante le varie alterazioni del tubo digerente. La dispepsia (adoperiamo questa parola nel suo più largo significato), col suo lungo treno di sintomi, deve ritenersi per una delle cause più comuni. La costipazione, le irregolarità nelle funzioni intestinali, la flatulenza, la dispepsia dello stomaco e dell'intestino, ed altri simili stati anormali, frequentemente sono la causa dell'eruzione. La insufficiente escrezione dai varii emuntori del corpo è anche una causa di eczema. In certi individui la presenza di un eccesso di acido urico e di urati nell'organismo basta a produrre e a mantenere l'eczema. La concomitanza della gotta e del reumatismo coll'eczema è stata da lungo tempo notata dagli osservatori; senza dubbio, in alcuni individui, la presenza della diatesi reumatica o gottosa, dispone molto agli attacchi di eczema (2).

Alcuni scrittori hanno richiamato l'attenzione con insistenza sulle seguenti cause di eczema, alquanto dubbie, e che brevemente ricordiamo. Wilson, per esempio, ritiene che dipenda da « debolezza costituzionale o generale » la quale può manifestarsi come « debolezza di assimilazione », come « debolezza di nutrizione » o come « debolezza nervosa ». Altri ritengono che l'« innervazione perversa » sia una causa principale; altri che la malattia dipenda da uno « stato strumoso o scrofoloso ». Il cattivo cibo, per quantità o qualità, agisce altresì come causa. Questa osservazione si può applicare agli adulti ed ai bambini, ma è segnatamente vera per questi ultimi, nei quali un'alimentazione sempre poco soddisfacente spesso mena a grave alterazione della salute ed all'eczema.

In certi casi, la gravidanza ed il periodo della lattazione hanno una notevole influenza nella produzione della malattia. Similmente, tutte le cause che tendono ad abbassare il grado medio di sanità generale possono generare l'eczema. In questo senso la debolezza, l'esaurimento nervoso, il lavoro mentale o corporeo esagerati, e gli stati affini, agiscono con evidente energia nel produrre il morbo. L'eczema dipende spesso da uno stato clorotico, poichè la malattia si avviticchia tenacemente all'infermo finchè lo stato generale non è migliorato. Varie specie d'irritazione interna, come gli ascaridi

(1) Veggasi un eccellente articolo su questo argomento intitolato « Are eczema and psoriasis local diseases of the skin or are they manifestations of constitutional disorders? » del Dr. Bulkley. Trans. Internat. Med. Congress, Phila., 1877.

(2) Veggansi gl'importanti articoli del Dr. Bulkley « On the relations of the urine to diseases of the skin », Archives of the Dermatology, Oct. 1875; e sul « Gouty state in diseases of the skin » l'American Practitioner, Nov. 1877.



o la tenia intestinali, possono talvolta anche determinare un'eruzione eczematosa.

La dentizione può essere una causa eccitante e può far sì che lo eczema sorga nei bambini i quali vi sono predisposti; ma bisogna ritenerla come una causa soltanto della classe di quelle che sono sorgente d'irritazione nell'organismo. Come sappiamo, la dentizione non di raro crea notevole alterazione nell'organismo. La vaccinazione parimenti richiama talvolta un'eruzione eczematosa, ma ciò avviene soltanto in coloro che hanno già una tendenza alla malattia. I suoi rapporti colla psoriasi in alcuni casi sono curiosi: così talvolta osserviamo casi in cui le due malattie coesistono; altri in cui gl'infermi possono andare soggetti all'una o all'altra malattia, presentando una volta l'eczema, un'altra la psoriasi (1); e, finalmente, altri in cui l'eczema segue la psoriasi (2). L'eczema non è contagioso. Non si può contrarre stando in contatto del suo prodotto o maneggiandolo.

CAUSE LOCALI. — Queste sono molte e meritano uno scrupoloso studio; hanno una parte importante nella produzione di molti eczemi, giacchè danno origine ai così detti eczemi artificiali. Sono tutte costituite da irritanti cutanei. I preparati mercuriali, per esempio, ponno dare origine all'eczema in coloro che sono predisposti alla malattia, come si osserva nell'ECZEMA MERCURIALE, che talvolta segue all'abuso delle frizioni mercuriali. La forma dell'eruzione in questo caso non differisce, materialmente, da quella provocata da altre sostanze simili, come, per esempio, l'olio di croton, la tintura di arnica, la tintura di cantaridi, la senapa, l'unguento anti-moniaie, lo zolfo, e la trementina, che tutti possono dare origine all'eczema artificiale. Le sostanze da tintoria, massime quelle che contengono anilina, ponno eziandio essere ricordate come cause dell'eczema.

Gli effetti risultanti dal contatto della vite velenosa (*Rhus toxicodendron*) e di un albero velenoso (*Rhus venenata*) sono noti e presentano in modo cospicuo l'influenza virulenta che certe sostanze vegetali possono spiegare quando si mettono in contatto con cuti sensibili. Lo stato prodotto da questo veleno, mentre in generale è una semplice dermatite polimorfa, talvolta è un eczema artificiale, che può essere di natura eritematosa, vescicolosa o pustolosa. È noto che alcuni individui ne sono sempre attaccati quando si mettono in contatto con queste piante, mentre altri possono toccarle e maneggiarle impunemente, giacchè la pelle in questo ultimo caso è totalmente insensibile alla loro influenza deleteria. Questa osservazione dimostra chiaramente la grande differenza che naturalmente vi è nel grado di sensibilità cutanea e agevola l'interpetrazione delle eruzioni artificiali (veggasi Dermatite).

Il caldo ed il freddo, nella produzione dell'eczema, in taluni casi hanno parimenti una parte. Il calore solare, può cagionare un'eruzione eczematosa, chiamata ECZEMA SOLARE, sulle parti esposte per qualche tempo alla sua azione. La perspirazione esagerata, con

(1) Veggasi un articolo di Campbell, *Archives of Dermatology*, July, 1877.

(2) Veggasi Neumann, *Allg. Wiener Med. Zeitung*, Nro. 1 e 2, 1877; non che i *Viertelj.*: f. *Derm.* ed. *Syph.*, 1 e 2 puntata, 1877, p. 262.

elevazione di temperatura, che ha luogo sui genitali ed in altre parti ove la pelle tende a formare pieghe, può anche produrre abrasione dell'epidermide, riscaldamento ed eczema, chiamato ECZEMA INTERTRIGO. L'eczema può similmente tener dietro all'alterazione infiammatoria delle glandole sudoripare conosciuta col nome di miliare, o di calore pungente, quando questa ultima alterazione è prolungata e sottoposta all'azione di agenti di maltrattamento, come confricazione, irritanti, ecc.

A proposito di questo argomento si può ricordare l'influenza delle stagioni sull'eczema. La malattia è molto più frequente nel verno che nella state. Molti casi di eczema cronico guariscono spontaneamente durante l'estate, però, si riproducono nell'inverno. I repentini cangiamenti di temperatura, massime dal caldo al freddo, aggravano sempre questi eczemi; non di raro si osserva che sono soggetti in modo notevole all'influenza delle stagioni.

L'acqua può, in certi casi, provocare un eczema; talvolta si nota che questo tien dietro al disordinato uso di bagni, di abluzioni, di fomentazioni, ecc. Gli alcalini ed anche gli acidi, in una o altra forma, si possono pure mettere fra le cause dell'eczema. I saponi forti, specialmente i saponi di potassa, sono estremamente nocivi per molte cuti, e possono dare origine ad indurimento, a ragadi e ad eczema. È ora il momento di ricordare gli effetti nocivi che spesso seguono all'uso inopportuno del sapone verde o del comune sapone molle. Questa sostanza è, come sappiamo, un efficacissimo rimedio nella cura di certe varietà e periodi di eczema; ma è anche un irritante acre, capace di produrre molto male quando non si applica giudiziosamente sulla cute; la dermatite e lo eczema artificiale dipendenti dal suo uso imprudente non sono rari.

Ci restano a ricordare due altre cause importanti di eczema, cioè i parassiti ed il grattamento. I parassiti animali richiedono una speciale attenzione e fra essi i più importanti sono i pidocchi e gli acari della scabbia. I pidocchi, massime quelli del capo, producono molta alterazione sul capo e si debbono ritenere come la causa di un non insignificante grado di eczema del capo nei bambini. Di natura identica è l'infiammazione della pelle prodotta dalle devastazioni prolungate dello acaro della scabbia; in questo caso l'alterazione differisce poco dall'eczema vescicoloso. Finalmente il grattamento ha una parte importante nella produzione dell'eczema artificiale, come si osserva nella scabbia e nella pediculosi.

**Patologia.** — Nello studiare la patologia dell'eczema, è necessario tener presente che abbiamo dinanzi una malattia fortemente infiammatoria, la quale va soggetta a molti rapidi cangiamenti durante il suo sviluppo. Dobbiamo anche ricordare che abbiamo parecchie varietà della malattia, come, per esempio, l'eczema papuloso e l'eczema vescicoloso, di cui ciascuno ha un corso patologico alquanto diverso. Finalmente importa distinguere il periodo acuto dal cronico nello studiare questo morbo.

L'eczema presenta le seguenti particolarità quanto alle sue note anatomiche. In primo luogo vi ha iperemia o congestione della pelle, come si rileva dal rossore. I vasi sanguigni ed i capillari sono sovraccarichi di sangue; ciò può avvenire uniformemente sulla superficie cutanea, come nel caso dello eczema eritematoso, o qua e

là come nello eczema papuloso. L'alterazione è sempre rilevante in modo speciale nei follicoli, come si può subito notare ad occhio nudo. Il processo patologico importante che segue nella malattia è un'esudazione, la quale può essere o di natura liquida o plastica, o di qualsiasi grado fra queste due. Secondo che la malattia presenta una forma eritematosa, papulosa o vescicolosa, o pustolosa, i cangiamenti saranno in un modo o in un altro. I cangiamenti anatomici che sono stati osservati nel corso della malattia danno importanti cognizioni su questo argomento. L'esperimento di Neumann (1) sulla pelle dell'orecchio di un coniglio vivente, consistente nell'irritazione del tessuto sano coll'olio di croton, mostra i cangiamenti che hanno luogo nella dermatite semplice, e, secondo ogni probabilità, anche nell'eczema vescicoso idiopatico. A principio avviene una contrazione ritmica dei vasi, essendo repleti in un dato momento e vuoti nel consecutivo, ma divengono gradatamente più o meno dilatati, finchè si nota la stasi. La pelle, che nello stato normale era trasparente, diviene opaca, turgida e calda, e dopo poche ore disseminata di numerose vescichette. Quarantotto ore dopo l'animale fu ucciso e si trovò il tessuto infiltrato di liquido e pieno di moltissime cellule.

I cangiamenti che hanno luogo nelle varietà papulosa e vescicolosa sono stati attentamente studiati da Biesiadecki (2), nel modo seguente. La sede principale della malattia è lo strato papillare. In parti circoscritte della pelle le papille sono alquanto più larghe e più lunghe e sono infiltrate di cellule e di un liquido chiaro, sieroso. I corpuscoli di tessuto connettivo delle papille sono notevoli per il loro volume e per la loro succulenza, e sono in numero maggiore. La presenza di un liquido sieroso nei tessuti delle papille è resa manifesta dallo stato di compressione in cui trovansi le fibre connettivali tumefatte. Lo strato mucoso si osserva specialmente alterato sulle papille passionate nel modo suddetto. Molte cellule fusiformi si prolungano nella rete mucosa, stando metà nelle papille e metà nelle più profonde cellule della rete mucosa. Si ammucchiano accanto alle cellule della rete mucosa e raggiungono anche lo strato corneo. Queste cellule spesso formano una densa rete nello strato mucoso fra le papille, penetrandosi vicendevolmente in tutte le direzioni. Entro questa rete talvolta trovansi cellule epiteliali gonfiate, il cui protoplasma sembra meno evidente. Questa infiltrazione circoscritta delle papille forma la papula dell'eczema. Nel corso ulteriore di questo processo si può formare una vescichetta. Questa è prodotta dalla nuova formazione di cellule entro le papille e dal tumefarsi notevolmente delle cellule superficiali dello strato mucoso, forse dal rompersi, talchè l'epidermide si solleva. Le cellule della parte media della rete mucosa sono gonfie più notevolmente, o possono essere indistinte, come se contenessero sostanza granulare, giacchè i nuclei più grossi sono appena riconoscibili. Nei casi di eczema che si è sviluppato rapidamente le cellule di tessuto connettivo penetrano nello strato mucoso in maggior numero, e formano una fitta

(1) Loc. cit., p. 169

(2) Beiträge zur physiol. und pathol. Anat. der Haut. Sitzungsberichte der k. Akad., Wien, Bd. lvi, p. 243, 1867.



rete. Colla cresciuta copia di queste cellule vi è al tempo stesso una maggior quantità di liquido formatosi nelle papille, talvolta in tal proporzione da sollevare l'epidermide in forma di bolle. Se si toglie l'epidermide che copre le vescichette, sgorga il liquido alla superficie della rete mucosa, e costituisce l'eczema umido.

Il liquido che vien fuori nell'eczema vescicolare non è diverso dal comune siero; microscopicamente non presenta particolarità. È un liquido chiaro, giallastro, sciropposo, di natura vischiosa, e come si sa, ha la virtù di macchiare e di fare indurire il sito macchiato delle biancherie. Quando sta esposto all'aria si dissecca rapidamente e forma croste di colore giallastro.

Le alterazioni che si osservano nell'eczema cronico sono di un altro carattere e differiscono alquanto secondo il periodo della malattia. L'infiammazione della pelle è subacuta in questo ultimo caso, essa è molto ingrossata, indurita, ed infiltrata di cellule. Le papille sono più grandi, spesso rilevantemente e talvolta si ponno discernere ad occhio nudo. L'infiltrazione cellulare si estende per tutto il derma, anche nel tessuto connettivo sottocutaneo. Questa infiltrazione ha luogo largamente nel tessuto del derma ed anche nei vasi. Negli strati profondi della rete mucosa e nel derma, massime intorno ai vasi, può aver luogo lapigmentazione. In un caso tipico di eczema cronico dello scroto, Neumann (1) trovò le papille notevolmente più grosse delle normali e non solo i loro vasi sanguigni, ma eziandio le anse linfatiche, allungati e queste ultime dilatate in forma di ampolle. In nessun punto del tragitto dei linfatici si osservava proliferazione cellulare, come si notava intorno all'avventizia dei vasi sanguigni, quantunque il derma fosse in parte spostato dall'infiltrazione cellulare.

Nello studiare i rapporti che vi sono fra la congestione capillare e la proliferazione cellulare, Fox (2) tende all'opinione che le cellule ed i vasi abbiano una parte importante e in certo modo indipendente, obbedendo ad una paresi nervosa e che l'elemento più importante nella produzione della malattia è il manco d'innervazione. Hebra (3) ha espresso un'opinione consimile circa l'innervazione insufficiente, ma non parla dell'influenza dell'irritazione nervosa come causa di proliferazione cellulare. Egli osserva, nel cercare una spiegazione della manifestazione della malattia, che tanto più che essa può dipendere da irritanti e da vene varicose, si può supporre che la causa diretta sia un disturbo circolatorio, massime nei capillari, produttore di una congestione capillare. Se questo è l'effetto dell'alterazione dei nervi o dei vasi sanguigni, non si può determinare. Egli crede inoltre che la congestione produca un essudato del liquor sanguinis tanto esagerato che non può consumarsi completamente a compensare la perdita ed una certa quantità eccedente infiltra i tessuti cutanei, segnatamente l'epidermide.

(1) Lehrbuch der Hautkrankheiten, p. 217. Wien, 1873.

(2) Skin Diseases, p. 173. Amer. ed., New York, 1873.

(3) On Diseases of the Skin, vol. ii, p. 140, New Syd. Soc. translation, London, 1868.

**Diagnosi.** — Essendo l'eczema la più importante fra tutte le malattie cutanee, è necessario uno scrupoloso studio sulla diagnosi, — tanto più se si tengono presenti le svariate lesioni anatomiche che la malattia può mostrare. Nessun'altra malattia si mostra con forme tanto svariate. Una volta è un eritema, con o senza desquamazione, seguito, forse, da una superficie segregante e da croste; in un altro caso sono vescichette che passano rapidamente in pustole; un'altra papule, le quali, quando sono aggregate, possono confluire in una sola isola d'alterazione, accompagnata da umidità; finalmente nello stesso infermo si ponno vedere una di queste lesioni primitive o tutte, che presentano un quadro completo di questa meravigliosamente proteiforme alterazione cutanea. Si aggiungano a ciò i cambiamenti secondarii che sempre hanno luogo e subito si comprenderà quanto possa talvolta divenire difficile la diagnosi dell'eczema. Per comprendere a fondo la malattia bisogna studiarla complessivamente, e si vedrà che presenta certe note caratteristiche, alcune delle quali non mancano mai. Di queste ci occuperemo qui appresso.

Nell'eczema si osserva sempre un certo grado d'infiltrazione cellulare, che può essere o leggiera o rilevante, secondo la gravezza del processo. Si può riconoscere dall'ingrossamento della pelle, che si nota tanto colla vista quanto col tatto. In tutti gli eczemi acuti vi è anche il gonfiore e l'edema e spesso nei casi più cronici. Il tratto alterato è rosso e congesto ed il rossore sparisce lentamente sotto la pressione e ritorna allo stesso modo. L'essudazione di liquido o di sostanza plastica è un sintomo costante, e si osserva in varii gradi.

Nella maggior parte dei casi, l'essudato liquido, o umidità, ha avuto luogo in uno o altro periodo del morbo. Questo sintomo è speciale ed è qualificato da uno stillicidio di siero, in varia quantità, che si segrega più o meno uniformemente dalla superficie; si chiama molto propriamente lagrimazione, scaricamento, o scolo. Nessun'altra malattia ha questo sintomo. Può essere liquido chiaro giallastro, o puriforme, o può contenere sangue. L'essudato plastico, d'altra parte, siccome costituisce la papula o il punto eczematoso, si riconosce più difficilmente, e si può scambiare con altre forme di malattia, che riferiremo appresso. Lo scolo dà origine a croste e quelle dell'eczema non si possono confondere con altre. Quando la secrezione è stata copiosa, come avviene ordinariamente, le croste si formano rapidamente ed in gran numero; sono giallastre, brunastre o verdastre e aderiscono alla umida superficie sottostante. Il grado di pulizia che si mantiene, naturalmente modifica la formazione delle croste, ma comunemente queste sono tanto abbondanti da mascherare la pelle.

La diagnosi del prurito, fra i sintomi subbiettivi, è quasi caratteristica. Per lo più è intenso, più grave di quello che si prova in altre malattie. È un sintomo costante, che non manca mai completamente, come che il suo grado possa variare notevolmente. Le sensazioni di bruciore si sentono spesso nel periodo acuto, che, in generale, subito dà luogo al prurito. Insieme al prurito nell'eczema vi è sempre una necessità irresistibile di grattarsi. Finalmente non bisogna dimenticare che due o più varietà della malattia si possono

osservare contemporaneamente sullo stesso infermo, costituendo un complesso di lesioni in vari gradi di sviluppo.

Ecco quali sono le malattie che si ponno confondere coll'eczema.

**SCARLATTINA.** — In certi casi può incontrarsi difficoltà a distinguere da questa malattia; di raro, però, giacchè i sintomi generali dell'alterazione dell'organismo nella scarlattina sono tanto rilevanti da avere un'importanza a sè. Vi può essere dubbio solamente in quei casi di eczema acuto in cui l'eruzione è universale. In tali casi, dietro un breve periodo di osservazione, si deciderà la questione.

**ERISPELA.** — Con questa è molto più probabile confondere lo eczema; talvolta essa può rassomigliare all'eczema eritematoso o vescicoloso, massime quando si manifesta sulla faccia. D'altronde sono molti ed evidenti i punti di differenza. L'erisipela è un morbo acuto, che comincia in un punto e si diffonde alla periferia come una lesione serpeggiante. L'infiammazione è profonda, implica i tessuti sottocutanei insieme alla pelle ed è accompagnata da molto calore, turgore ed edema. Inoltre la malattia si associa a sintomi di febbre ed altri disturbi generali. Produce bruciore e sensazione di pienezza. La pelle è fortemente arrossita, lucente e tesa; non vi è scolo, tranne per la rottura di bolle, che spesso si osservano nell'ultimo periodo del morbo.

**ERITEMA SEMPLICE.** — È difficilissimo confondere l'eczema con uno degli eritemi semplici, o, per parlare più propriamente, con le iperemie, giacchè in queste alterazioni non vi è flogosi, essendo l'iperemia il solo sintomo morboso. Inoltre mancano le note caratteristiche dell'eczema.

**ORTICARIA.** — La forma speciale di questa lesione, conosciuta col nome di orticaria papulosa presenta alterazioni che sembrano molto simili a quelle dell'eczema papuloso, massime nei bambini, ciò che ha dato origine alla parola *lichen urticatus*, malattia che, pertanto, devesi piuttosto ritenere come un'orticaria.

**ERPETE.** — Nei loro primi periodi l'erpete zoster e l'eczema possono aver grande somiglianza, quantunque la distribuzione irregolare delle vescichette dell'eczema ordinariamente servirà a distinguere dallo speciale aggruppamento che si nota nell'erpete zoster. L'eczema non è mai accompagnato da dolore nevralgico, che per lo più va congiunto allo zoster, cosa per se stessa abbastanza sufficiente a fare evitare un errore di diagnosi. L'eczema vescicoloso rassomiglia più ad altre varietà di erpate, massime a quelle forme che si manifestano sulla faccia e sui genitali. Queste però compiono il loro corso in pochi giorni come semplici e miti alterazioni.

**PENFIGO.** — L'eczema non si confonderà mai col penfigo tipico comune, giacchè in questo le bolle sono isolate e larghe ed hanno una storia ben diversa da quella delle vescichette dell'eczema. Vi ha, però, una varietà di penfigo, conosciuta col nome di penfigo foliaceo, che ha certi aspetti simiglianti all'eczema. È rarissimo e differisce dall'eczema per la sua storia, per il suo corso e per i suoi sintomi.

**SEBORREA.** — L'eczema squamoso ha molti punti di grande somiglianza con questa malattia. Amendue, quando si manifestano sul capo, presentano note simili. In questa regione talvolta ponno es-



sere concomitanti, essendovi la seborrea come un'alterazione primaria o secondaria. Nonpertanto sono malattie totalmente diverse. Nell'eczema le squame sono grandi, meno numerose, meno grasse, per lo più situate in un tratto circoscritto, mentre nella seborrea coprono il capo uniformemente. La pelle nell'eczema è più o meno rossa ed infiammata e sempre pruriginosa; nella seborrea sovente è più pallida della normale e può esservi o mancare il prurito. Nella maggior parte dei casi la storia delle due malattie è abbastanza diversa, sicchè la diagnosi è chiara e certa. Amendue sono malattie comuni.

**PSORIASI.** — Questa eziandio è una malattia comune, spesso confusa coll'eczema, giacchè le loro apparenze sovente sono tanto simili che è difficile far la diagnosi. Amendue attaccano tutte le parti del corpo; amendue tendono a manifestarsi sul capo, ove può sorgere il massimo imbarazzo nella diagnosi. L'eczema tipico non si può confondere mai con la psoriasi, ma i tratti alterati antichi, infiltrati, infiammati, squamosi, spesso rassomigliano molto alla psoriasi. I margini delle isole di eczema ordinariamente si confondono insensibilmente colla cute sana; nella psoriasi sono distinti. Le squame dell'eczema sono sottili e scarse; nella psoriasi sono copiose, sono più larghe, argentee, ed embricate. Nell'eczema ordinariamente vi è, in un periodo o in un altro, un pò di umidità sui siti alterati, nella psoriasi le parti sono sempre asciutte. La presenza della malattia in altre parti del corpo servirà a togliere qualunque altro dubbio, mentre la storia generale del morbo coadiuverà pure materialmente a fare un'esatta diagnosi.

**LICHEN RUBRO.** — L'eczema si può confondere con tutte e due le varietà di questa malattia, più specialmente col lichen planus; l'altra varietà, acuminata, è estremamente rara. Nondimeno bisogna tener presenti le forme qualificative dello eczema, le quali saranno sufficienti a stabilire la diagnosi. Le papule del lichen planus sono schiacciate ed hanno una base angolare; quelle dello eczema sono acuminatae ed hanno una base rotonda. Quelle dello eczema hanno un colore rosso vivo, quelle del lichen planus una tinta chermisi scura con un aspetto lucente. Le papule dell'eczema si formano rapidamente e ponno subire cangiamenti; quelle del lichen planus si formano con lentezza e non hanno mai altra forma, restano papule per tutto il loro corso. Il lichen planus sparisce lentamente, lascia macchie sul sito delle papule; l'eczema papuloso non lascia che una leggiera pigmentazione. Nello eczema lo stato generale non è gravemente alterato, nel lichen rubro può essere molto alterato.

**PITIRIASI RUBRA.** — Questa è una malattia anche più rara del lichen rubro e presenta sintomi i quali si possono facilmente interpretare per eczema. Se ne può distinguere per il suo rossore uniforme; per le grandi masse di squame epidermiche estese, sottili, biancastre, che continuamente si riproducono; per il leggiero prurito; per il calore bruciante e finalmente per la mancanza di evidente infiltrazione ed ingrossamento della pelle, che è un sintoma comune nell'eczema. Non subisce che leggieri cangiamenti nel suo corso.

**TIGNA CIRCINATA.** — Questa malattia non di raro si confonde con l'eczema, massime con la varietà squamosa. Il corso delle due ma-

lattie però non è identico e da se solo deve essere sufficiente a distinguerle. L'eczema non tende ad assumere la forma d'isole circolari; la tigna sì. Nello eczema non vi ha contagio; la tigna circonata spesso può derivare da questa sorgente. I margini dei tratti eczematosi raramente sono precisi; quelli della tigna circonata in generale finiscono bruscamente. L'eczema tende ad un corso cronico, la tigna circonata ad uno acuto. Il prurito nello eczema ordinariamente è notevole e spesso grave; nella tigna circonata ordinariamente non è un sintomo rilevante. In ultimo il microscopio rivela l'esistenza di un fungo nelle squame della tigna circonata (1).

**SICOSI.** — Amendue le varietà di questa malattia, la parassitaria e la non parassitaria, specialmente questa ultima, hanno una notevole somiglianza coll'eczema della barba (2).

**TIGNA FAVOSA.** — Le croste giallastre dell'eczema spesso simulano quelle della tigna favosa e facilmente ponno essere commessi errori di diagnosi se non si presta attenzione ai segni diagnostici. Le croste dell'eczema pustoloso sul corpo è difficilissimo confonderle colla tigna favosa. Quanto al capo, però, sede comune di amendue le malattie, è molto più probabile il cadere in errore (3).

**SCABBIA.** — Questa malattia nel suo primo periodo ha coll'eczema punti di rassomiglianza più di qualunque altra malattia. La contagiosità del morbo sarà uno dei più forti argomenti contro la probabilità che in un dato caso si tratti di eczema. Ordinariamente nella scabbia si ha la storia di un contagio diretto. L'infiammazione, le papule, le vescichette, le pustule e le croste si possono tutte osservare come nell'eczema, e queste lesioni perciò sono di poco aiuto nel fare la diagnosi. La presenza degli acari, dimostrata dal solco o dall'estrazione con un ago deve naturalmente sciogliere la questione. Ma questa dimostrazione non si può sempre eseguire, giacchè nei casi antichi sono state distrutte tutte le tracce dei solchi e non se ne può più cercare l'abitatore. Le regioni del corpo attaccate presentano utili indizii per la diagnosi. L'eczema raramente è così diffuso come la scabbia, nè si mostra a preferenza e così notevole sulle mani e sulle dita, nelle ascelle, sull'addome, sulle mammelle, sui capezzoli, sul pene, sulle natiche, tutti siti favoriti della scabbia. Quando la scabbia dura da qualche tempo, tutto il corpo generalmente ne sarà attaccato, però il capo resta immune. Nella scabbia non si formano isole di malattia, a meno che non si è abbandonato il morbo a se stesso per lungo tempo, nel qual caso possono essere prodotte dal prolungato grattamento. Questo e le applicazioni forti contribuiscono largamente a mascherare le lesioni originarie della scabbia e a rendere lo stato delle cose simile a quello dell'eczema. Nei casi dubbii la diagnosi sarà affermata dalla cura. Se la malattia è scabbia i parassitici di calmeranno subito e faranno cessare i sintomi più molesti; l'eczema,

(1) Altri criterii di diagnosi differenziale fra la tigna tonsurante e l'eczema del capo saranno dati quando descriveremo l'eczema del capo.

(2) La diagnosi differenziale sarà esposta minutamente a proposito dell'eczema della barba.

(3) La diagnosi differenziale delle due malattie sarà fatta a proposito dell'eczema del capo.

d'altra parte, generalmente non migliorerà con una cura di questo genere.

**INFIAMMAZIONI ARTIFICIALI.**—Varîi gradi di malattia, prodotti per mezzo di veleni cutanei, di acidi, di alcalini e sostanze simili, spesso cagionano una vera infiammazione della pelle e dei tessuti sottocutanei, che possono presentare un aspetto molto simile a quello dell'eczema acuto. Le regioni passionate; la distribuzione dell'eruzione; l'uniformità e speciale carattere delle lesioni; e l'artificiale aspetto che sempre accompagna queste malattie, generalmente daranno una idea della loro natura reale. Se vi ha dubbio, la storia, il corso e l'esito serviranno a distinguerle dal vero eczema.

**SIFILIDE.** — L'eczema del capo si può più facilmente di qualunque altra varietà scambiare colla sifilide; sul resto del corpo è difficilissimo confonderlo colla sifilide. Una forma di sifilide che talvolta si presenta sul capo può sembrare molto somigliante all'eczema ordinario pustoloso con ragadi; nonpertanto con una più scrupolosa osservazione si riconoscerà trattarsi di sifilide di forma ulcerativa superficiale, coperta da croste di aspetto eczematoso. Generalmente hanno un odore disgustante, il quale solo sintomo talvolta servirà a distinguerle dallo eczema. Nell'eczema è cosa importante, in tutti i casi, allontanare le croste e altre materie secondarie prima di proferire la diagnosi; si può evitare d'incorrere in un errore prestando attenzione a ciò. Le altre varietà di eczema, la papulosa e la vescicolosa, non si possono confondere colla sifilide. I sintomi subiettivi, massime il prurito, per lo più mancano nella sifilide.

**Cura.** — Circa questo argomento non possiamo che tracciare linee generali di condotta. Se volessimo discutere minutamente questo capitolo oltrepasserebbe i limiti ad esso assegnati. L'eczema è una malattia perfettamente curabile. Si adoperano contro di esso due metodi di cura, uno diretto contro la pelle, come organo leso, sperando di ristabilire con questo mezzo soltanto la sanità della parte; l'altro cura di porre un argine all'alterazione adoperando rimedii interni o generali, diretti ad agire contro la sorgente del morbo. Il metodo che a me sembra essere il più corretto e che ho sperimentato utilissimo, è quello che si serve di mezzi tanto locali quanto generali, giacchè essi hanno quasi eguale importanza. Ho fiducia, guardando l'argomento sotto un aspetto lato, che questa dottrina ci renderà i migliori servigi nella pratica.

**CURA GENERALE.** — I rimedii generali, se sono giudiziosamente prescritti, riescono positivamente vantaggiosi nella maggior parte dei casi. Essi, però, non sempre sono necessari, e se non ve ne ha l'indicazione, non sono da raccomandare. Su ciò bisogna fare una distinzione. In primo luogo dobbiamo occuparci della dieta. Durante un attacco di eczema importa che la dieta sia conveniente al caso. Quando gli ammalati hanno una costituzione rigogliosa, il cibo deve essere tenue. Se vi ha qualche alterazione del tubo digerente, tutti quei cibi che sono di digestione difficile come, ad esempio, le pasticcerie, le paste sfogliate di ogni genere, i sughi e le salse, la carne di maiale, i cavoli, le salamoie, i formaggi, la birra, il vino, ecc. — si debbono proibire. Il moto e l'aria fresca tal-



volta sono utili e non di raro si osserva che sono efficaci ausiliarii della cura. Si deve portare l'attenzione allo stato delle intestina; almeno una volta al giorno debbono essere sgonbrate. La dispepsia, di qualsiasi forma, sarà subito curata, adoperando qualunque mezzo per farla cessare. Certi eczemi hanno origine e sono mantenuti da essa. Bisogna investigare lo stato dei reni. Frequentemente sono utili i diuretici.

Avendo ricordato in generale pochi dei più importanti punti della cura; ora parleremo dei varii rimedii che sono stati trovati utili. I lassativi in molti casi sono vantaggiosi, massime nelle varietà molto infiammative del morbo. Gli aperienti salini sono specialmente da raccomandare; fra questi il solfato di magnesia occupa un posto importante. Si può associare utilmente al carbonato di magnesia, o al ferro, come nella seguente formola:

Pr. Solfato di magnesia	gram.	31
Solfato di ferro.	centigr.	24
Acqua.	gram.	112

M. — S. Una cucchiata da tavola, con un bicchiere d'acqua, mezza ora prima di colazione.

Le sorgenti di acque minerali lassative, come, ad esempio, le sorgenti Hatorn e Geyser di Saratoga, le acque di Ofner Rakoczy, Hunyadi Janos e Friedrichshall, sono anche benefiche in molti casi. Nell'eczema infantile, quando le intestina sono irregolari, spesso si otterrà beneficio dall'uso di sciroppo di rabarbaro, solo o con la magnesia, a piccole dosi ripetute.

Quando vi è lingua impatinata, con alito cattivo, con deiezioni alvine biancastre, e costipazione, talvolta si osserveranno seguire buoni risultati dall'amministrazione di piccole dosi di calomelano. A principio di un attacco acuto di eczema, non di raro sono richiesti rimedii contro alterazioni dello stomaco, delle intestina e delle secrezioni. I disturbi di questo genere debbono essere corretti per i primi e poi si ponno prescrivere altri rimedii.

L'eczema che si manifesta nei vecchi, massime in quelli che hanno un abito gottoso o reumatico, o in coloro che sono di buona costituzione, spesso si può curare felicemente coi diuretici e gli alcalini, come l'acetato ed il carbonato di potassa, a larghe dosi e le acque naturali alcaline. Se l'infermo ha una costituzione debole, con segni d'imperfetta nutrizione o del così detto abito scrofoloso, l'olio di fegato di merluzzo sarà un eccellente rimedio. Esso è utile in molti casi di eczema e specialmente nei bambini. Son da raccomandare anche i preparati di ferro; lo sciroppo iodurato, la tintura cloridrica ed il vino sono segnatamente vantaggiosi. La chinina e la stricnina ed i varii tonici amari, sono anche efficaci ausiliarii nella cura e si possono prescrivere quando sembra che ve ne sia l'indicazione. L'arsenico è indubitatamente utile in molti casi, ma, come ho già fatto notare (veggasi Parte I, Cura) importa moltissimo che si sappia scegliere il caso in cui prescriverlo, non che l'epoca per amministrarlo. Dato in qualsiasi eczema sarà più dannoso che benefico. L'uso dell'arsenico in nessuna malattia cutanea reclama tanta attenzione quanto nell'eczema. Non si dovrebbe

mai prescrivere se vi fosse qualche disturbo dell'apparecchio digestivo. Non si dee mai amministrare in nessun periodo acuto della malattia, in tal congiuntura sarebbe più nocivo che utile. Ha una speciale efficacia nella forma cronica papulosa e nel periodo squamoso della malattia.

In certi casi si è usato internamente il catrame con vantaggio nella varietà squamosa della malattia, massime nei casi cronici. Le acque sulfuree naturali, di cui vi è grande abbondanza nel nostro paese, non di raro sono utili.

CURA LOCALE. — Per lavacri ordinariamente si può adoperare l'acqua; nei casi in cui la pelle è delicata si può sostituire l'acqua distillata o qualche acqua mucilaginosa fatta colla crusca e col fiore di farina. Le abluzioni possono essere calde o fredde, a seconda della volontà dell'infermo. Bisogna guardarsi dalle lavande troppo frequenti o dai bagni generali spesso ripetuti, essi hanno una tendenza a macerare la già alterata epidermide. Allo scopo di pulire la superficie cutanea si usano tanto i saponi di soda, quanto quelli di potassa. Nella maggior parte dei casi ordinariamente basta il sapone di Castiglia; ma quando le croste aderiscono solidamente alla pelle, o sono sovrapposte in masse, si può ricorrere al sapone di potassa.

La cura dell'eczema per mezzo dei rimedii locali è di grande importanza e richiede un attento studio. Molti così ponno migliorare coi soli mezzi esterni. La cura esterna, di una o altra specie, si dee applicare in tutti i casi della malattia. Non vi sono casi in cui non possa essere utile. È una cosa quasi indispensabile alla riuscita della cura che la parte ammalata venga osservata dal medico, giacchè bisogna in primo luogo stabilire se la malattia è acuta o cronica, se il processo è nel suo periodo di massima attività o in un periodo di sosta.

Dopo le suddette osservazioni si dee determinare la varietà della malattia; le lesioni primarie debbono essere scoperte ed esaminate e stabilita la presenza dello eritema, delle papule, delle vescichette o delle pustole. Si ha da notare altresì in qual periodo è il morbo. non che il grado di alterazione cutanea, il calore, il rossore, il turgore, l'edema ed altri fenomeni anormali, lo stato dell'epidermide, se è integra o lacerata e squarciata. Il carattere delle croste e delle squame ha un valore, e la presenza o mancanza di ragadi si deve osservare eziandio. Inoltre è cosa importante, prima di prescrivere la cura, l'accertare l'estensione della superficie cutanea passionata; può essere attaccato tutto il corpo, o vi può essere un sol tratto alterato. Bisogna pur tenere conto della regione che è alterata. In fine sono cose necessarie a sapere la durata della malattia, la sua storia generale, come è riferita dall'infermo, e, specialmente se trattasi di una prima manifestazione o di una recidiva.

In quasi tutti i casi di eczema vi sono certi prodotti secondarii che si devono subito allontanare. Essi sono croste, squame e sostanze estranee, le quali si sono lasciate accumulare alla superficie cutanea. Se si desidera ottenere un esito dalla applicazione di rimedii attivi fa d'uopo allontanarle prima. Se le croste sono diffuse, vi si applicherà qualche preparato oleoso, finchè se ne saturano e si rammolliscono, ovvero immediatamente si trattano coll'acqua e

sapone o con altre acque alcaline. La completa pulizia della parte è una cosa essenziale, e, se non v'insiste il medico, raramente sarà fatta bene dall'infermo o da chi lo assiste. Non di raro, le applicazioni ripetute di olio, seguite dall'acqua e sapone in copia, sono necessarie per raggiungere lo scopo desiderato. Cogli stessi mezzi si possono, senza difficoltà, allontanare le squame. L'acqua ed il sapone da lungo tempo si sono perciò indicati come i soli mezzi per pulire la pelle. I loro usi come agenti curativi saranno appresso riferiti.

**ECZEMA ACUTO.** — Bisogna essere cauti nel fare le prescrizioni per l'eczema acuto. I rimedii che sono stati tollerati bene nell'ultimo periodo della malattia, in generale, in quello acuto si troveranno troppo stimolanti. Qualunque sia il rimedio che si applica a principio deve essere usato sovra una piccola superficie per assicurarsi se l'effetto sarà benefico o no. Fra i molti sedativi locali che di quando in quando sono stati raccomandati per i primi periodi dell'eczema, allo scopo di calmare i sintomi molto infiammativi e l'intenso prurito e le sensazioni di bruciore, ricorderò quelli solamente che sono stati più efficaci. Nonpertanto bisogna tenere a mente che un preparato il quale è stato utile in un caso non deve assolutamente avere lo stesso effetto in un altro, forse anche se presenta lo stesso aspetto generale; le particolarità della pelle si hanno a tenere in gran conto. Se, perciò, un rimedio non corrisponde bene, se ne tenti un altro e qui noterò che spesso è difficilissimo decidere se questa o quella prescrizione è la meglio che riesce nel caso che si ha sotto mano. L'ammalato risolverà subito questa quistione dietro il miglioramento che proverà, poichè questo è lo scopo principale cui mira, in questo periodo del morbo, la cura.

Nell'eczema acuto vescicoloso od eritematoso non si dee usare altro che un poco di sapone o di acqua; le parti si laveranno raramente, giacchè nella maggior parte dei casi l'acqua irrita la pelle. Invece di lavare la superficie cutanea si può aspergere di quando in quando con una polvere composta di amido e piccole quantità di ossido di zinco e canfora polverata:

Pr. Polvere di amido.	gram.	22,80
Polvere di ossido di zinco	gram.	1,90
Canfora polverata	gram.	1,50
M. — S. Polvere d' aspergere.		

Per questo uso si può anche fare la polvere col licopodio, con la creta Francese, col carbonato di zinco, col carbonato di magnesia, e col talco, in varie proporzioni, con o senza amido. Invece delle polveri si possono usare le lavande. Io soglio curare molti casi di eczema acuto vescicoloso con la *lotio nigra* e l'unguento di ossido di zinco, nel modo seguente suggeritomi dal Dr. White, di Boston. Si bagna la parte ammalata coll'acqua della lavanda, genuina o allungata con parti eguali di calce, applicandola per mezzo di una spugna o con pannilino, per quindici minuti ogni volta, e coll'intervallo di poche ore e anche più; si lascia sulla pelle il sedimento che vi si deposita. Dopo l'applicazione si strofinerà dolcemente sulla parte una piccola quantità di unguento di ossido di zinco. In



generale il prurito ed il bruciore finiscono e spesso si arresta il corso della malattia. Una lavanda costituita da acqua di acetato di piombo gr. 248; glicerina gr. 7,60 è utile. È da raccomandare altresì questa altra composta di acido carbolico gr. 3,80; glicerina gr. 12,20, acqua distillata mezzo litro; la forza di questa lavanda può essere aumentata o diminuita secondo l'effetto che se ne vede seguire. L'acido idrocianico allungato, pochi grammi per ogni 500 di acqua, è pure un sedativo di qualche utilità.

Si può adoperare un'altra lavanda composta di 31 grammi di giallamine finamente polverata; di 3<sup>re</sup>,60 di glicerina; di 15 grammi di ossido di zinco e di 186 gr. di acqua, si deve ripetere frequentemente, per mezzo di una spugna, lasciando il deposito che si forma sulla pelle. Una lavanda simile si compone di ossido di zinco gr. 11,40; glicerina gr. 3,80; acqua di calce gr. 30,40. Talvolta a questa si può aggiungere con vantaggio da 3 a 7 grammi di liquor picis alkalini, o pochi grammi di alcool. Il liquido estratto dalla grindelia robusta è un altro buon rimedio usato come lavanda, alla dose di sette a quattordici grammi per 124 a 248 grammi di acqua. Una lavanda composta di 7<sup>re</sup>,60 di « liquor carbonis detergens, » (1) di 3<sup>re</sup>,80 di glicerina e di 124 grammi di acqua di rose in molti casi è ottima. Io ho usato inoltre con vantaggio nell'eczema diffuso vescico-papuloso una lavanda composta di timol, centigrammi 90; di glicerina 7<sup>re</sup>,60; di alcool 31 grammi; e di acqua 155 grammi.

Le lavande alcaline deboli, come, ad esempio, 3<sup>re</sup>,80 di bicarbonato di soda o 1<sup>re</sup>,90 a 3<sup>re</sup>,80 di borace per 248 grammi di acqua, si possono anche sperimentare. I panni immersi nell'acqua calda, fino al grado che si può tollerare e poi spremuti ed applicati sulle parti, talvolta procurano una temporanea diminuzione del prurito.

In molti casi sembra che gli unguenti sieno più opportuni delle lavande. L'unguento di ossido di zinco è un preparato notissimo ed eccellente, che si adatta mirabilmente a molti casi e si può usare o solo o con altri rimedii. Se è benzoato bisogna che il benzoato vi entri in piccolissima quantità. A renderlo più sedativo si possono aggiungere 3<sup>re</sup>,80 di spirito canforato per ogni 31 grammi, come suggerì Wilson per il primo. L'oleato di zinco, in forma di unguento, come è raccomandato da Crocker di Londra è anche un preparato utile (2). Si può prescrivere con una parte di unguento di petrolio o di olio di uliva o con due parti di lardo.

Il sottonitrato di bismuto può essere anche utile nella forma di unguento, come nella formola seguente :

Pr. Sottonitrato di bismuto, gram.	1,90
Adipe benzoato	» 31
M. F. ung.	

(1) Soluzione satura di pece di carbon fossile. Si prepara da Wright et Co., a Londra, e da J. P. Remington, a Filadelfia.

(2) Il Dr. Crocker dà le seguenti norme per fare l'oleato di zinco. Si prenda una parte di ossido di zinco ed otto parti di acido oleico; si mescolino e poi si lascino in riposo per due ore; si riscaldino fino a che si sciolgono. Raffreddandosi si forma una massa bianco-giallastra dura, che si può in varii modi trasformare in unguento. Brit. Med. Jour., Oct. 26, 1878.

Quando è necessario adoperare un unguento dolce spesso vi si può aggiungere con vantaggio 1<sup>re</sup>,90 di glicerina. La canfora eziandio si può usare in forma di unguento, sola o coll'ossido di zinco e la glicerina. Nel primo periodo della vescicazione si può applicare il seguente unguento:

Pr. Canfora polverata	gram. 1,20
Polvere di ossido di zinco	» 7,60
Glicerina	» 1,52
Adipe benzoato	» 22,80
M. F. ung.	

L'unguento diachilon, fatto secondo la formola di Hebra, è un preparato utilissimo. È efficacissimo quando si spalma sovra una tela e si applica bene sulla cute per mezzo di fasciature. Si prepara nel seguente modo:

Pr. Olio di ulive ottimo	gram. 1220
Litargirio	» 115,80
Acqua q. b.	
Cuoci. M. F. ung: (1)	

Un unguento simile si può preparare con una parte di olio di mandorle dolci e due parti di empiastro di piombo, come ha suggerito Taylor di New York. Parti eguali di empiastro di piombo e di unguento di petrolio, come ha proposto Piffard, anche costituiscono un elegante unguento che si sperimenterà utile (2). L'olio di ulive, l'olio di mandorle dolci e la glicerina allungata si possono anche usare come addolcenti, e così il cold cream, l'unguento di cocomeri è il glicerolato di amido.

Nell'eczema papuloso l'infiammazione non è diffusa, come nella varietà vescicolare ed eritematosa, ma è circoscritto, essendo ordinariamente le papule discrete. L'infiammazione, perciò, ha un carattere del tutto diverso, ed ha, naturalmente, un corso più cronico. Le applicazioni addolcenti in questo caso sono poco vantaggio-

---

(1) Bisogna attenersi alle seguenti norme. L'olio deve essere mescolato a mezzo litro di acqua e riscaldato in un bagno a vapore fino all'ebollizione, vagliandovi il litargirio finamente polverato ed agitandovelo continuamente; l'ebollizione deve essere mantenuta finché le più minute particelle di litargirio sieno scomparse. Durante la cottura bisogna aggiungere di quando in quando un poco di acqua, in modo che quando è finita rimanga ancora acqua sul vaso. La mescolanza si deve agitare fino al raffreddamento. È difficile preparare l'unguento e si richiede grande abilità nella manipolazione. Quando è ben fatto dee avere un colore giallastro chiaro e la consistenza del burro. Per essere sicuri di ottenere un buon preparato fa d'uopo procurarsi olio di ulive ottimo e litargirio finissimo. Oltre al modo suddetto di preparazione ve ne è un altro, cioè si mescolano quattro parti di empiastro diachilon e due o tre di olio di ulive, e si agitano fino al raffreddamento. La quantità di olio necessaria per avere un unguento denso varia secondo la consistenza dello empiastro; quanto più vecchio e duro è l'empastro tanto più olio è necessario. Non pertanto l'unguento che si ottiene con questo metodo è alquanto diverso dal primo ed è più distensibile. I Signori McKelway, Cramer et Small, e J. P. Remington, farmacisti, mi hanno più volte dato un buon unguento.

(2) Per ambedue questi unguenti le proporzioni debbono variare secondo le stagioni.

se; i rimedii più stimolanti, come i varii, cosiddetti antipruritici, usati nel periodo cronico della malattia, saranno più utili dei preparati blandi. L'acido fenico, come lavanda, è il più eccellente rimedio che abbiamo contro l'eczema papuloso. La formola già data si sperimenterà efficace in molti casi.

Le lavande sono molto più preferibili agli unguenti nella cura di questa varietà della malattia.

Vi è appena bisogno di notare che è impossibile tracciare una linea precisa fra l'eczema acuto ed il cronico e determinare esattamente quando il primo si muta nel secondo. Nella pratica, però, si osserva, generalmente, che il periodo acuto è breve, durando ordinariamente da pochi giorni a quindici. Nella scelta dei rimedii il medico deve essere guidato piuttosto dai cangiamenti patologici i quali hanno avuto luogo, che dalla lunghezza del tempo in cui la malattia ha durato. Alcuni dei rimedii che ora dobbiamo ricordare a proposito della cura locale dello eczema cronico si possono talvolta usare con vantaggio molto presto nel corso della malattia. Io, però, ritornerò su questo argomento nel parlare della cura della malattia sulle speciali regioni del corpo.

**ECZEMA CRONICO.** — Dopo pochi giorni o settimane, il processo acuto, nella maggior parte dei casi, è molto diminuito e saranno più utili altri rimedii. Non si deve mai permettere che si formino le croste; si debbono allontanare coi mezzi già indicati. In molti casi la cura già esposta per il periodo acuto serve anche per i periodi posteriori; ordinariamente, pertanto, si richiedono applicazioni più stimolanti.

L'acido carbolico, in varia dose, in questo, come nel periodo acuto, è uno dei più efficaci nostri rimedii; si può adoperare o come lavanda o come unguento. Nella dose di dieci a quindici gocce per ogni 31 grammi di unguento sarà utile nell'eczema vescicoloso e nell'eritematoso; si può associare vantaggiosamente coll'unguento di ossido di zinco benzoato. È un rimedio antipruritico efficace ed è una delle poche sostanze alle quali si può ricorrere a questo scopo. Sotto questo rapporto il timol, raccomandato da Crocker (1), in forma di unguento o di lavanda, alla dose di 30 a 120 centigrammi per ogni 31 grammi si può anche ricordare. In certo modo simili per i loro effetti all'acido fenico sono i preparati di catrame, che sono i più utili fra tutti i rimedii esterni. Per ottenere buoni risultati si debbono adoperare con precauzione; se non si usano a tempo opportuno ed in conveniente dose, non fanno che irritare e quando avviene ciò bisogna metterli da banda immediatamente. Il catrame è efficacissimo quando la malattia ha completamente raggiunto il periodo cronico. Non si deve mai applicare nel periodo acuto. Se vi è molta infiammazione e gonfiore si deve del pari proibire. Quanto più cronica è la malattia tanta maggiore probabilità vi è che sia ben tollerata. Il modo d'applicazione e la dose saranno determinati secondo che la malattia è in una parte o in un'altra del corpo. Gli unguenti di varia forza sono i più opportuni preparati di catrame, giacchè, oltre all'effetto stimolante del rimedio, si ha un'azione ammolliente. L'unguento non deve essere troppo forte; da 3<sup>re</sup>, 80 a 7<sup>re</sup>, 60

(1) Brit. Med. Jour., Feb. 16, 1878.



di catrame per ogni 31 grammi sono ordinariamente sufficienti. Si può aumentare la dose se la parte ammalata ha bisogno di maggiore stimolazione. Le due forme di catrame adoperate comunemente sono la pece liquida e l'olio cadino. Si ponno applicare nella stessa maniera ed hanno la stessa azione sulla pelle.

Pr. Olio cadino	gram. 1, 90
Cerato semplice	» 31
Olio di mandorle amare	gocce 6
M. F. ung.	

Questo è uno dei più eleganti unguenti di catrame. Per il capo i preparati liquidi sono migliori degli unguenti. Così adoperasi per il capo talvolta il catrame, con eccellenti risultati, combinato coll'alcool, nella forma seguente:

Pr. Pece liquida	gram. 3,5
Glicerina	» 28
Alcool	» 21
Olio di mandorle amare	gocce 15
M. — S. Da strofinare bene sulla cute.	

In qualunque modo si adoperi, la parte deve essere strofinata bene col medicamento due volte al giorno per mezzo di un pezzo di flannela. L'unguento deve essere non solo spalmato sulla superficie cutanea, ma energicamente strofinato sovra essa per dieci o quindici minuti. In ciascuna applicazione si deve usare una piccolissima quantità, e si strofinerà sulla pelle fino a che sarà tutta sparita. Le stesse norme si terranno presenti quando si tratterà di preparati liquidi. Il catrame si associa anche vantaggiosamente al sapone nella cura dell'eczema. Nei tratti eczematosi cronici molto grossi, antichi e coriacei si possono applicare, allo stesso modo degli altri preparati testè descritti, parti eguali di alcool, di sapone verde e di pece liquida. A produrre un'azione più forte, invece del sapone si può usare la potassa alla dose di 30 a 90 centigrammi per ogni 31 grammi della suddetta mescolanza. Il Dr. Bulkley, di New York, ha dato alla pratica un ottimo preparato alcalino di catrame, che ha sul catrame comune il vantaggio di potersi combinare coll'acqua e si può allungare secondo le esigenze dei singoli casi. La sua formola è la seguente:

Pr. Pece liquida	gram. 11,40
Potassa caustica	» 3,80
Acqua distillata	» 17,5

M. (1) — S. « Liquore di pece alcalino ». Da usare allungato.

Si può usare nella forma di lavanda o di unguento. Se come lavanda bisogna allungarlo coll'acqua, — da 3<sup>re</sup>,80 a 15<sup>re</sup>,20 o più per ogni mezzo litro, secondo lo stato della pelle e la sensibilità dell'individuo. Bisogna badare a non servirsi di una mescolanza troppo forte, giacchè, si tenga bene a mente, essa contiene una grande quan-

(1) La potassa si deve sciogliere nell'acqua e gradatamente aggiungere alla pece agitandole insieme in un mortaio.

tità di potassa caustica, che può essere nociva alla pelle. Ho visto seguire dispiacevoli effetti quando non si è badato a ciò. Quando l'eczema è circoscritto e vi ha infiltrazione, naturalmente si può usare molto più forte, per esempio, una parte su cinque o dieci di acqua, cui si fa seguire l'applicazione di qualche unguento. Il liquore di pece alcalino si può anche associare all'unguento, da 3<sup>re</sup>,80 a 7<sup>re</sup>,60 per ogni 31 grammi,

Nella cura dell'eczema si adoperano varii saponi. Il comune sapone duro o sapone di soda, di cui è tipo la varietà chiamata sapone di Castiglia, si può usare allo scopo di pulizia, ma per ottenere un'azione deterensiva più energica si deve ricorrere ai saponi di potassa i quali compiono un ufficio molto importante nella cura di certi eczemi. È da ricordare che tutti i saponi sono più o meno alcalini, secondo che sono duri o molli e secondo la loro qualità e che se non si prescrivono opportunamente ponno arrecare danno. Questa osservazione concerne segnatamente i saponi forti di potassa conosciuti col nome di sapone molle, di sapone verde, di sapone nero, di sapone bruno e di sapone dolce, che contengono una certa quantità di alcali libero. Il sapone verde ha molti usi nell'eczema. Si può adoperare solo o con l'alcool nella forma di soluzione alcoolica. (Veggasi p. 71). Esso è un agente deterensivo indispensabile e si può spesso usare per togliere le croste e le squame dai siti eczematosi prima di applicare altri rimedii (1).

Il sapone verde ha la massima efficacia sull'eczema rubro (2). In questi casi si applica sistematicamente ed in unione ad un unguento. Quanto più localizzata è la malattia tanto maggiori sono le probabilità di successo; infatti si può affermare che, generalmente, questo metodo di cura sia d'adottare soltanto nei casi in cui la malattia è limitata ad uno o parecchi punti. Quando l'eczema è diffuso, e su varie parti del corpo, corrispondono meglio altri metodi. Nei frequenti, antichi eczemi delle gambe costituisce la cura *per eccellenza* e produce cangiamenti che per lo più sono maravigliosi: in tali casi vi si può contare quando altri rimedii sono stati frustranei. È anche opportuno in certe altre forme locali, per esempio, negli eczemi con infiltrazione delle mani e delle braccia, negli eczemi cronici della faccia, e, realmente, in tutti i casi in cui la malattia è circoscritta ad una speciale regione.

La cura consiste nell'applicazione del sapone, seguita immediatamente dall'uso di un unguento oleoso. Il sapone applicato solo, in qualunque forma dell'eczema, agisce come un caustico blando e come un irritante ed in generale tende solamente ad aumentare la malattia. Ciò non si dee mai dimenticare; spesso si procura molto danno coll'uso non giudizioso e troppo esagerato di un sapone for-

---

(1) Per avere risultati uniformi dall'uso del sapone è bene usare sempre la stessa qualità, di cui si conosce la forza costante. Quello manifatturato da Duvernois a Stuttgart, in Germania, è il migliore dei saponi di questa specie che io abbia conosciuto. Ci viene importato da McKelway e da Remington, di questa città.

(2) Ad Hebra spetta l'onore di essere stato il primo a stabilire il metodo di cura che ora si descriverà. Credo che è una delle più importanti contribuzioni che sieno state portate alla terapia cutanea. Perchè riesca fa d'uopo che le norme relative alla sua regolare esecuzione sieno fedelmente osservate.

te. L'unguento adoperato a preferenza dal Professore Hebra, e quello che senza dubbio è il migliore, è l'unguento diachilon di cui abbiamo già discusso. Le istruzioni relative implicitamente sono essenziali. Un piccolo pezzo di sapone, del volume di una noce, si spalma sovra un pezzo di flanella bagnata, questa si applica immediatamente sul sito ammalato e vi si strofina energicamente e con moderata pressione fino a che sia sparita qualsiasi traccia di sapone. Allora s'immerge nell'acqua calda e di nuovo si applica allo stesso modo sulla parte e formasi così una copiosa saponata. Di quando in quando si può aggiungere altra acqua, fino a che un'abbondante lisciva copre la pelle ed allora con acqua pura si laverà bene la parte ammalata, portando via qualunque residuo di sapone e dopo si asciugherà dolcemente con un morbido pannolino. La fregagione deve essere fatta con una certa forza, secondo il grado dell'infiltrazione, secondo la regione passionata e la sensibilità della pelle. Il tempo che si dee spendere a questa operazione sarà relativo all'effetto prodotto; nei casi leggeri ponno bastare cinque a dieci minuti, mentre nelle profonde infiltrazioni, massime sovra regioni insensibili del corpo, si ponno spendere venti minuti utilmente per ciascuna applicazione. La prima deve essere sempre alquanto moderata, in modo da non produrre una grande distruzione di epidermide, che cagionerebbe dolore. Quanto a ciò le sensazioni dell'infermo saranno sempre di guida. L'operazione non è dolorosa, come si potrebbe supporre, ma, invece, ordinariamente è piacevole e fa cessare il prurito. Per lo più arreca sollievo all'ammalato che generalmente se ne compiace. La parte immediatamente dopo la lavanda presenta un aspetto rosso ed è irritata; la pelle è pulita, tesa, lucente, coll'epidermide sottile ed imperfettamente formata. Qua e là si possono vedere punticini da cui stillano gocce, quanto una punta di spillo, di siero limpido.

Dopo la suddetta operazione la parte è preparata per l'unguento, che si dee apprestare prima che si cominci la lavanda, talchè non si perda tempo pria di applicarlo, giacchè in questo momento non è permessa nessuna tardanza. L'unguento si spalma con una larga spatola o coltello sovra strisce o pezzi di morbida o cedevole muscolina, precedentemente tagliati della forma della parte alterata. Non è bene covrir tutto con un largo pezzo di tela, ma è preferibile usarne parecchi pezzi, acciocchè si possano meglio adattare alla superficie cutanea ammalata. L'unguento si deve spalmare in abbondante strato sulla tela, alto almeno quanto il dorso di un comune coltello da tavola. Allora si avvolge la parte con queste strisce, semplicemente, in modo che non si formino pieghe o cresse, abbracciando tutta la superficie che subì l'applicazione del sapone. È condotta più prudente applicare l'unguento in quantità troppo copiosa che troppo scarsa. Finalmente la parte ammalata deve essere coperta da panni ai suoi *margini* per impedire che si versi oltre di essi l'unguento disciolto dal calore cutaneo e vi si debbono fissare per mezzo di strisce o di fasce. La fasciatura è anche una cosa importante, giacchè una debita applicazione di questa contribuisce materialmente alla riuscita della cura. È cosa essenziale che l'unguento stia in intimo contatto colla pelle, e che vi sia mantenuto. Se la regione ammalata non è estesa, si può permettere al-



l'infermo che adempia le sue solite occupazioni, badando però di non fare spostare la medicatura.

Tutta la suddetta operazione si deve ripetere nello stesso preciso modo e con la stessa attenzione, non trascurandone nessuna particolarità, due volte al giorno, la mattina e prima di andare a letto la sera. Per lo più subito se ne prova un miglioramento. L'infermo vedrà diminuito il prurito dopo la prima applicazione di sapone, ed un notevole miglioramento dopo che per breve tempo ha subito l'azione dell'unguento. Il sopra descritto metodo di cura è uno dei più efficaci mezzi che possediamo per procurare immediata diminuzione del prurito.

Nelle estese ed antiche isole d'eczema talvolta è necessario ricorrere ad un caustico più potente del sapone verde, nel qual caso si può applicare una soluzione acquosa di potassa, la cui dose può variare da 60 centigrammi a 1<sup>ra</sup>,90 o 3<sup>ra</sup>,80 per 31<sup>ra</sup>; ma nell'usare così forti rimedii è necessaria la massima cautela, e si devono applicare in ogni caso dallo stesso medico. Quanto più forte è l'applicazione, tanto meno spesso si deve ripetere; una volta in giorni alterni, o due volte ed anche una sola per settimana, basteranno nella maggior parte dei casi nell'adoperare qualcuna delle testè riferite soluzioni. L'effetto del caustico in questi casi deve essere mitigato dalle compresse fredde e dopo si può applicare l'unguento diachilon nel modo sopra descritto.

Vi sono molti altri rimedii e modi di cura per il periodo cronico dell'eczema, alcuni dei quali hanno gran valore e possono qui essere ricordati. I preparati mercuriali occupano fra essi il primo posto e saranno utilissimi in molti casi, massime quando la malattia è circoscritta ad una piccola area senza tendenza a diffondersi. Il calomelano è senza dubbio il più efficace, alla dose di 1<sup>ra</sup>,90 o 3<sup>ra</sup>,80 per 31<sup>ra</sup>. L'ossido rosso di mercurio, in dose variante da 30 centigrammi ad 1<sup>ra</sup>,80 per 31<sup>ra</sup> e l'ammoniuro di mercurio, nella stessa dose, sono anche utili. Questo ultimo è meno energico nell'azione dell'ossido rosso, e si può prescrivere con buon risultato nell'eczema pustoloso dei bambini. Gli altri mercuriali, come il cloruro corrosivo, il ioduro rosso, l'ossido nero, il nitrato e il bisolfuro, si ponno eziandio usare. È da ricordare che vi è un leggiero pericolo di salivazione pure quando si applica sovra superficie ristrette, e che talvolta s'incontrano alcuni individui i quali sono estremamente suscettibili. Il solfuro talvolta agisce beneficamente. Gli acidi borico e salicilico sono anche vantaggiosi.

Il glicerolato di sottoacetato di piombo, molto divulgato da Squire (1), di Londra, si può tenere altresì presente. È un preparato utile in molti casi e può essere specialmente raccomandato, alla dose di 90 a 180 centigrammi per ogni 31<sup>ra</sup>, nell'eczema rubro delle estremità inferiori. È utilissimo quando la malattia è diffusa ed ha un colore rosso — alquanto scuro, con gocciolio di umore, infiltrazione, edema e turgore ed è accompagnata da uno stato varicoso (2).

(1) Medical Times and Gazette, March 18 e 25, 1876.

(2) Veggasi una contribuzione a questo argomento, con casi clinici, del Dr. Van Harlingen e mia, Phila. Med. Times, Aug. 3, 1878. La formola di Squire è la seguente: Acetato di piombo, 5 parti; litargirio 3 1/2 parti; glicerina, 20

Contro l'eczema circoscritto ostinato è utile la vescicazione procurata colle cantaridi. Un risultato identico si può ottenere dall'acido carbolicò allungato con l'alcool, dalla tintura di iodo e dal nitrato di argento. La gomma elastica vulcanizzata è anche un utile agente terapeutico. In forma di fascia solida di gomma o di tela, applicata strettamente sulla parte, serve a tutelare la pelle e ad escludere l'aria ed ha un reale effetto curativo. Quando è possibile si deve usare continuamente, giorno e notte. Si deve togliere e pulire una o due volte nel corso delle ventiquattro ore, ed allora si può asciugare la pelle o strofinare con un panno e dopo riapplicare la fascia o la tela (1).

**Prognosi.** — Questa è relativa alle circostanze che accompagnano ciascun caso. Pertanto si può affermare che la malattia è sempre curabile. Vi sono alcune cose che bisogna prendere in considerazione prima di emettere un'opinione circa la durata probabile. Lo stato generale dell'organismo è la prima cosa che bisogna studiare; e, quanto a ciò, fa d'uopo accertare, se è possibile, la causa della malattia. Nell'eczema cronico generalizzato ciò ha somma importanza e ne dipende totalmente la prognosi. Poi è da determinare la varietà della malattia: se le lesioni elementari si mostrano in forma regolare, definita, o se tendono alla irregolarità ed al polimorfismo.

È ben noto che certe varietà di eczema ordinariamente hanno un corso ostinato e lungo, mentre altre tendono a finire dopo raggiunto un certo periodo. L'eczema vescicoloso acuto infiammatorio, per esempio, può compiere la sua parabola in breve e determinato tempo, mentre, d'altra parte, l'eczema papuloso tende a divenir cronico. Bisogna tener conto altresì del periodo dell'eruzione, non che della durata della malattia; oltre a ciò se si tratta di un primo attacco o di una ricaduta. E inoltre cosa importantissima determinare se la malattia è acuta o cronica; se il processo tende a finire spontaneamente, o a prolungarsi indefinitamente, con secondarii cangiamenti.

Nel fare la prognosi si dee anche aver presente il sito della eruzione, giacchè l'eczema di certe parti del corpo è quasi invariabilmente ostinato. Sul capo e sulle orecchie è per lo più molesto e spesso tende a divenir cronico. Sul naso e nella bocca la varietà eritematosa in generale è indomabile. L'eczema dello scroto è del pari restio a guarire e talvolta è molto ribelle. Sulle gambe, nei vecchi, massime se complicato a vene o ad ulcere varicose, è anche più o meno incurabile.

---

parti, in peso. Si mescoli e si tenga alla temperatura di 350° F. e si filtri attraverso un'imbuto pieno di acqua calda. Il liquido chiaro, viscido che si ottiene è composto di 720 centigrammi di sottoacetato di piombo per ogni 31 grammi. Questo si usa come base colla quale si fanno i preparati che si adoperano, allungandola colla semplice glicerina.

(1) Per ulteriori informazioni sulla cura dell'eczema indichiamo al lettore le monografie di Anderson (*A Practical Treatise upon Eczema, including its Lichenous and Impetiginous Forms. Third edition, with illustrations. Philadelphia, 1875*); Bulkley (*The Management of Eczema. New York, 1875*); and Taylor (*On the Treatment of Eczema, New York, 1876*).

## VARIETÀ LOCALI DI ECZEMA, LORO DIAGNOSI E CURA.

L'eczema si può manifestare su qualunque parte del corpo. Nessuna regione ne va esente. Si può presentare sovra una parte circoscritta soltanto del corpo o su tutto l'integumento. Quando è passionata tutta la superficie cutanea, non lasciando libera nessuna porzione di pelle, chiamasi ECZEMA UNIVERSALE, e la varietà in questo caso è o l'eritematosa o la vescicolosa; nondimeno una forma così diffusa del morbo è rara. Ordinariamente si mostra in forma di una o più isole irregolarmente conformate, la cui estensione varia da quella di una piccola moneta a quella della palma della mano. L'eczema attacca certe regioni del corpo a preferenza delle altre. Siccome presenta particolarità di manifestazione e di corso secondo che sta in una o in altra parte, è necessario dare una descrizione delle più comuni fra le così dette varietà dell'eczema. Al tempo stesso toccherò della loro diagnosi differenziale e della loro cura speciale.

ECZEMA DEL CAPO. — L'eczema si osserva sovente sul capo, in generale nella forma eritematosa, vescicolosa, o pustolosa. La prima varietà, d'ordinario, tende ad assumere un corso cronico, e subito passa in quel periodo conosciuto col nome di eczema squamoso. Le isole eczematose hanno per lo più contorni irregolari e o ponno essere uniche o numerose su qualsiasi regione. La malattia può attaccare anche tutto il capo, restandone alterata similmente ogni sua parte. Generalmente il prurito è molesto.

La varietà pustolosa è più comune nei bambini che negli adulti. O si osserva in forma di piccole isole di pustole, qua e là, o come è più frequente, altera tutto il capo. Le pustole per lo più sono numerose, per la maggior parte intorno ai follicoli dei capelli; subito si rompono e versandosene il liquido sulla pelle circostante si dissecca e forma croste giallo-verdastre. A misura che il processo progredisce e si formano nuove pustole, che seguono lo stesso corso, le croste divengono più grosse e più voluminose, finchè in breve tempo può covrirsi tutto il capo di una cuffia di crosta. I capelli si ingarbugliano e si ammassano, la secrezione di seborrea si accumula e subito, se la parte non si pulisce spesso, si ha dolore di capo. Questa è la descrizione dell'eczema pustoloso tipico, che concerne tanto gli adulti quanto i bambini. La malattia può durare poche settimane o anni, secondo le circostanze. Il prurito comunemente non è così accentuato come nelle altre varietà.

Nei casi gravi di eczema pustoloso del capo frequentemente si osserva un notevole ingrossamento delle glandole sottocutanee del collo; spesso divengono tumide e ponno presentare un aspetto bozzoluto. Ciò avviene specialmente sul dorso e sul collo ed anche dietro le orecchie. Ammalano per simpatia ed aumentano o diminuiscono di volume a misura che la malattia peggiora o migliora. Non suppurano mai, ma restano alterate fino a che non cessa l'eczema. Spesso si osservano piccoli ascessi sul capo di fanciulli malaticci, e tendono a complicare la malattia primaria. Spesso, una all'eczema del capo vanno congiunti i pidocchi, massime nei fanciulli, vuoi come causa primitiva, vuoi dietro ad ingarbugliarsi dei capelli, che allora



costituiscono un'adatta abitazione per essi. Sono una causa frequente della malattia, segnatamente nel capo dei fanciulli poveri mal nutriti e mal puliti e la loro presenza o mancanza deve essere sempre accertata. Ponno sfuggire alla nostra ricerca quando sono poco numerosi o quando i capelli sono lunghi e folti sicchè li nascondono. Le loro uova o lendine, ordinariamente si attaccano ai capelli lontani dalla superficie cutanea del capo. Quando vi sono i pidocchi sono estremamente dannosi e reclamano una cura attiva.

La diagnosi dell'eczema del capo talvolta è difficile; può essere confuso con la psoriasi, con la seborrea, col favo, con la sifilide e con la tigna tonsurante. Lo eczema spesso si può distinguere dalla psoriasi per la sua tendenza, durante un dato periodo del suo corso, a presentare umidità; la psoriasi non è mai umida. Nell'eczema i margini dei tratti alterati non sono accentuati, ma si confondono insensibilmente con la cute sana; nella psoriasi questi margini sono distinti. L'eczema generalmente mostra croste se vi è stata essudazione liquida, o piccole e sottili squame se è in un periodo di desquamazione; la psoriasi presenta le squame tipiche secche, grosse, biancastre, colore madreperla. L'eczema può o no attaccare tutto il capo soltanto, la psoriasi del capo fa vedere ordinariamente i segni della sua presenza sovra altre regioni del corpo. L'eczema del capo comunemente mostrasi negl'individui debilitati; la psoriasi più spesso nei robusti. L'eczema del capo generalmente desta maggiore prurito della psoriasi. Ne' casi dubbii la storia ed il corso del morbo può essere utile per fare la diagnosi.

L'eczema e la seborrea non di raro si rassomigliano molto. Il primo tende a svilupparsi in isole; la seborrea quasi sempre attacca tutto il capo uniformemente. La secrezione liquida e le relative croste dell'eczema debbono essere anche tenute presenti; nella seborrea non vi ha scolo, giacchè il suo prodotto è composto di squame secche e sottili, di natura grassa, che si ammassano ed aderiscono intimamente alla cute del capo. L'eczema è un processo molto più acuto e rapido della seborrea, poichè sovente sorge in modo repentino; la seborrea si manifesta a gradi a gradi. L'eczema provoca prurito; la seborrea raramente lo provoca allo stesso grado, spesso non lo desta affatto. Le isole di eczema squamoso sono rosse ed infiltrate; quelle di seborrea generalmente sono pallide e non infiltrate.

L'eczema si può confondere soltanto colla tigna favosa quando è della varietà pustolosa; in tali casi le due malattie si possono facilmente confondere, giacchè le croste rispettive sono somiglianti. Nell'eczema, però, le croste sono la conseguenza di pustole precedenti; nella tigna favosa le croste sono speciali, essendo cominciate come croste. Le croste dell'eczema sono gialle verdastre; quelle della tigna favosa color giallo di limone; inoltre anno la forma di calotta, sono rotonde, discrete o confluenti, e tendono a mantenere la loro forma originaria; si formano con lentezza, sono secche e friabili. Talvolta l'irritazione della pelle prodotta dal parassita è tanto forte da produrre una dermatite suppurativa intorno alle croste, nel qual caso la diagnosi può essere anche più difficile. L'odore che emana da un capo attaccato dall'eczema è sovente nauseoso; nella tigna favosa, quando il morbo è diffuso, l'odore è ca-

ratteristico, ed è simile a quello dei sorci. Il microscopio determina la diagnosi, giacchè le croste della tigna favosa sono quasi totalmente composte di funghi, i cui elementi si ponno subito scovrire col microscopio che ingrandisce a trecento diametri.

Certe forme tardive di sifilide del capo si possono confondere con l'eczema ed in questi casi la diagnosi può essere oscura. Le croste possono essere simili, ma generalmente vi sono segni di ulcerazione nella sifilide, che mancano totalmente nell'eczema. Le ulcere hanno margini evidenti, con base alterata, grigiastra, con copiosa secrezione, densa, cremosa. Non vi è prurito forte nella sifilide, ma nell'eczema ordinariamente è rilevante e spesso insopportabile. L'odore che emana da un capo sifilitico è per lo più penetrante e disgustoso. La storia nei singoli casi può coadiuvare la diagnosi.

L'eczema eritematoso o squamoso con facilità si può confondere con la tigna tonsurante. Le isole di eczema però, non perdono i capelli; nella tigna tonsurante i capelli cadono uniformemente per un ottavo o quarto di pollice sopra il capo, dando a questo un aspetto tale da sembrare che vi si fosse passato il rasoio e che i capelli sono cresciuti di nuovo. I capelli sembrano rosicchiati. Le isole di tigna tonsurante sono circolari; nello eczema ordinariamente sono rotondeggianti, ma di raro ben definite. I capelli nella tigna tonsurante hanno un aspetto secco, sembrano attorcigliati, fragili e cadono rapidamente; nell'eczema restano fissi a meno che l'infermo non li strappi. Nella tigna tonsurante il capo ha un colore smorto, di piombo; nell'eczema è rossastro. Il prurito nello eczema è notevole; nella tigna tonsurante spesso comparativamente è leggero. Quanto alla tigna tonsurante si hanno spesso notizie di contagio.

La cura dell'eczema del capo sarà relativa alla varietà del morbo, al periodo in cui trovasi ed allo stato di salute dello infermo. La età di questo deve essere anche tenuta presente. Se è un caso della varietà pustolosa importa moltissimo allontanare completamente le croste; ciò si ottiene benissimo ungendo il capo con olio di ulive o di mandorle dolci e poi lavandolo con acqua calda e sapone in copia. Se le croste sono abbondanti e molto aderenti, sarà necessario lasciarvi l'olio durante tutta la notte, sovrapponendovi una cuffia di flanella ed una fascia per tenere l'olio in contatto con le croste. L'uso dell'olio e della cuffia si dee continuare fino a che il capo sia totalmente libero di croste. Nei casi gravi acuti, quando di giorno in giorno appaiono pustole, l'applicazione dell'olio nel modo su descritto, costituisce per se stesso un'eccellente cura e si può adoperare talvolta quando altri rimedii sono troppo stimolanti. La glicerina e l'acqua, una parte su due o tre, o una di unguento di petrolio, saranno anche utili. Raramente o forse mai è necessario radere o tagliare i capelli. Questa operazione non si deve mai eseguire se non nei fanciulli, giacchè l'importanza che si annette alla capigliatura, specialmente dalle donne, è superiore a qualsiasi leggero beneficio che si può trarre tagliandola. Nei fanciulli e nei bambini, però, nei casi gravi, massime se complicati da pidocchi, possono essere rasi, allo scopo di meglio curare la parte ed applicarvi più esattamente i rimedii. Se vi sono numerose lendine, in

questo modo si allontanano più presto e con maggiore efficacia. Nei casi infiammativi, la lotio nigra o una delle lavande coll'acido fenico si può passare per dieci o quindici minuti ogni volta, mattina e sera, e poi si può applicare un preparato oleoso. Un unguento composto di 1<sup>ra</sup>,90 a 3<sup>ra</sup>,80 di blando cloruro di mercurio per ogni 31<sup>gr.</sup> di unguento semplice o di petrolio sarà efficace; si avvisi però di usarne una piccolissima quantità e stropicciarla sul capo. Nei casi in cui sembra che le lavande e le ripetute pulizie aumentino l'infiammazione, è meglio sospendere per pochi giorni queste cure, dopo dei quali si può di nuovo portare qualche rimedio sulla cute. L'ammoniuro di mercurio in forma di unguento, 60 a 180 centigrammi per ogni 31<sup>gr.</sup>, corrisponde anche bene; se vi son pidocchi servirà da parassitocida. Sessanta centigrammi di ossido rosso di mercurio per ogni 31<sup>gr.</sup> di vaselina anche si possono adoperare.

Le isole di eczema squamoso richiedono una cura stimolante simile a quella che si usa sovra altre parti del corpo. I rimedii più utili sono i preparati di catrame, in forma di unguento o di lavanda, che, in una dose, o in altra, nella maggior parte dei casi saranno tollerati; nonpertanto vi hanno casi in cui non si possono usare, a causa di qualche speciale condizione della pelle. 3<sup>ra</sup>,80 di catrame o di olio di cade per ogni 31<sup>gr.</sup> di alcool, e la tintura composta di parti eguali di sapone molle, di catrame molle e di alcool, sono eccellenti preparati per i casi più cronici, nei quali è reclamata una notevole stimolazione. Un preparato più blando, composto di 1<sup>ra</sup>,90 o di 3<sup>ra</sup>,80 di olio di cade per ogni 31<sup>gr.</sup> di olio di mandorle dolci, è anche utile. I varii altri preparati stimolanti si possono pure applicare secondo che richiede il caso.

**ECZEMA DELLA FACCIA.** — La faccia è una sede comune dell'eczema. Sovra essa la malattia può essere acuta o cronica. La varietà eritematosa si osserva spesso sulla faccia degli adulti, in forma d'isole sulla fronte, sulle guance e sovra altre regioni. Le varietà vescicolosa e pustolosa sono anche frequenti, massime nei bambini. Quando la malattia sul capo è diffusa, può propagarsi un poco sulla fronte. La superficie cutanea può essere rossa, infiltrata e leggermente squamosa o può presentare segni di umidità con croste. Lo eczema ha luogo molto più frequentemente sulla faccia dei bambini e dei fanciulli che degli adulti. Nei teneri fanciulli è una sede comune della malattia. Il naso, specialmente le pinne e le narici, negli adulti presenta non di raro l'eczema eritematoso, ed ordinariamente è ostinato. Il prurito in questi ultimi casi generalmente è grave ed è causa di grande molestia. Insieme al naso può essere passionato il labbro superiore.

**ECZEMA DELLE LABBRA.** — La malattia talvolta attacca le labbra, o sole o insieme ad altre parti della faccia. Possono ammalarsi un labbro o amendue. I sintomi che si osservano sono turgore, rossore, calore, infiltrazione, leggiera desquamazione e ragadi. La pelle intorno alla bocca può essere sede della malattia, o possono essere attaccati i prolabri e la mucosa. Secondo che si è manifestata una o altra varietà della malattia, i sintomi saranno un po' diversi. La bocca può essere molto contratta e le labbra in parte incollate l'un con l'altro dall'essudato; vi ponno essere anche croste. La mucosa talvolta è tanto alterata da avere in parte perduto l'epitelio.



Bisogna essere attenti nella diagnosi, giacchè tanto l'erpete labiale quanto la sifilide hanno un aspetto che si può confondere facilmente con quello dell'eczema. L'erpete ha sempre un corso acuto, durando al massimo soltanto per un breve periodo e, oltre a ciò, si presenta in forma di un gruppo distinto o di gruppi di vescichette. L'eczema attacca un tratto più esteso ed è invariabilmente ostinato. La sifilide che si manifesta sulla bocca ha una predilezione per gli angoli, ove ordinariamente è localizzata; le ragadi spesso sono profonde e per lo più segregano un prodotto puriforme.

La cura di questa varietà dell'eczema è difficile ed è noiosa per l'infermo. Tanto le applicazioni di agenti energici, quanto quelle di rimedii blandi, sono utilissime. Le soluzioni di potassa o di nitrato di argento, l'acido carbolico e l'alcool, l'unguento di catrame ed altri rimedii eroici, si possono sperimentare; o, d'altra parte, può avvenire che si ottenga più notevole miglioramento dagli unguenti ammollienti e dalle lavande, come glicerina ed acqua, olio di mandorle dolci, vaselina e preparati simili.

ECZEMA DELLE PALPEBRE. — Questo è molto frequente nei fanciulli che hanno un abito scrofoloso e si manifesta lungo i margini delle palpebre. I follicoli piliferi sono alterati da pustole, cui tengono dietro le croste. Le parti generalmente sono tumide, rosse, e producono prurito, e, se non si puliscono, tendono ad incollarsi. Vi può essere congiuntivite o può mancare. La cura locale deve variare secondo la gravità del morbo. Se è acuto si possono asportare le ciglia e toccare i margini con una soluzione di potassa nell'acqua, 60 centigrammi per 31<sup>re</sup>, come consiglia McCall Anderson. Gli orli debbono essere asciugati bene e le palpebre arrovesciate, applicandovene una piccola quantità per mezzo di una finissima spazzola. L'alcali deve essere subito neutralizzato con l'acido acetico allungato o con l'aceto aromatico. L'operazione si può ripetere ad intervalli di pochi giorni, dopo si può usare un unguento debole di nitrato di mercurio. Nei casi blandi questo unguento, più debole, si può usare solo con buon risultato. E appena necessario aggiungere che la cura interna energica, coi provvedimenti igienici, è richiesta in quasi tutti questi casi.

ECZEMA DELLA BARBA. — Quando la malattia attacca la regione della barba produce deformità, dolore e molestia, e generalmente ha un corso molto ostinato. È caratterizzato dalla formazione rapida ed estesa di pustole, che stanno a preferenza intorno ai peli. Subito si formano croste giallastre o verdastre, le quali, ammassando i peli, aderiscono solidamente alla parte. Tutta la regione della barba o una porzione soltanto, possono essere passionate. La malattia può avere un corso acuto, ma più frequentemente è cronica. Può essere limitata alle parti della faccia provviste di peli o può, e spesso è così, diffondersi ad altre sue regioni. Sotto questo aspetto differisce dalla sicosi non parassitaria, che è sempre circoscritta ai follicoli piliferi. Quanto agli aspetti generali, queste due malattie sono del tutto simili, ma la differenza nella maggior parte dei casi è abbastanza chiara quando si studiano bene i diversi punti che le distinguono. La sicosi non è che un'inflammazione dei follicoli piliferi, — una follicolite della barba, — qualificata dalla for-

mazione di papule, di tubercoli e di pustole; il processo è profondo e attacca i follicoli stessi. Nell'eczema il processo è più superficiale e si diffonde in superficie, attaccando nel suo corso i follicoli appunto come nell'eczema del capo. Le papule ed i tubercoli, comuni nella sicosi, mancano completamente nell'eczema della barba. La storia generale del caso coadiuverà a distinguere le due malattie.

La tigna sicosi rassomiglia eziandio all'eczema della barba; ma, tenendo presenti certi sintomi che si osservano sempre nella prima affezione, non può avvenire un errore. Le croste generalmente sono copiose nell'eczema; nella tigna sicosi sono scarse. Allontanatele, la superficie della cute nello eczema si trova morbida; nella tigna sicosi è sempre ineguale, tubercolare e granosa. Ciò è di somma importanza per la diagnosi. I peli nell'eczema non si possono strappare senza dolore; stanno solidamente impiantati nei loro follicoli. Nella tigna sicosi cadono quasi spontaneamente. Gli stessi peli, esaminati o ad occhio nudo, o col microscopio, sono diversi; nello eczema sono dritti, con una massa lussureggiante, glutinosa; la guaina è attaccata alle loro radici, mentre nella tigna sicosi sono storti, attorcigliati e ordinariamente secchi. Nell'eczema non vi sono funghi; vi sono sempre nella tigna sicosi e si ponno scovrire subito col microscopio. L'eczema non è contagioso; la tigna sicosi è tale in alto grado e la sua origine può, inoltre, essere seguita spesso fino alla tigna circinata, sia sopra altre parti del corpo, sia sopra altri membri della famiglia.

La cura, per essere efficace, deve essere energica. Dopo che sono state allontanate le croste per mezzo di cataplasmi o di acqua calda e sapone, la parte deve essere rasata bene. La prima volta ciò può recare dolore all'infermo, ma poi, ordinariamente, gli ammalati non se ne lamentano. La regione della barba deve essere tenuta pulita, radendola ogni giorno o uno sì ed uno no, secondo che è necessario. Questa è una parte importante della cura. La difficoltà di portare i rimedii in immediato contatto con la pelle sarà notata se si permetterà che spuntino i peli duri. Se la malattia è acuta la cura con l'unguento diachilon e sapone, sia di Castiglia, sia molle, si può prescrivere, trattando la malattia nello stesso modo con cui si tratta nelle parti del corpo in cui mancano i peli. Le applicazioni si possono fare continuamente, giorno e notte, o soltanto la notte. Le parti non debbono essere mai stropicciate energicamente, nè si debbono applicare i saponi molli, a meno che lo unguento non si adoperi dopo di essi. Nel periodo cronico bisogna adoperare gli unguenti stimolanti. La prognosi è favorevole, purché l'infermo esegua la cura fedelmente; ma anche ammesso ciò, spesso è causa di molestia.

**ECZEMA DELLE ORECCHIE.** — Le orecchie sono una sede frequente di eczema, tanto nei fanciulli che negli adulti, e possono essere attaccate quando le regioni contigue sono ammalate, o sole. Le varietà eritematosa, vescicolosa e pustolosa qui si possono tutte manifestare. Nel periodo acuto le orecchie si gonfiano, sono rosse e sono sede di sensazioni di forte bruciore e prurito. Possono essere attaccati un orecchio o entrambi. Il processo sovente si propaga al meato, cagionandone l'occlusione e temporanea sordità. Quando

vi sono vescichette o pustole si formano le croste che coprono tutto il padiglione; in altri casi vi ha ingrossamento, con desquamazione in forma di falde o di larghe squame. Il meato, quando è attaccato, ordinariamente presenta questa ultima forma. La diagnosi dello eczema del meato uditivo esterno spesso si trascura.

A causa della speciale struttura anatomica delle orecchie un'efficace applicazione dei rimedii è difficile; gli unguenti, però, saranno molto utili. I preparati di catrame hanno un valore speciale e sono tollerati, nella maggior parte dei casi, dopo che è cessato il periodo acuto. Il calomelano è anche molto utile alla dose di 1<sup>ra</sup>,90 per ogni 31 grammi. Quando la malattia sta nel meato, bisogna avere molta circospezione nello applicare i rimedii, altrimenti sono dannosi alla membrana del timpano. Il canale deve essere lavato per mezzo di una conveniente siringa e liberato da tutte le croste e le squame. Se entrambe queste sono copiose e indurite, si può prima far penetrare una goccia di olio di mandorle dolci per rammolire la massa. L'uso delle soluzioni di potassa, seguite più tardi dagli unguenti stimolanti, come si è suggerito per lo eczema delle palpebre, sarà utile. Se si applicano soluzioni forti o caustiche fa d'uopo tutelare il timpano e neutralizzare gli effetti del caustico. L'eczema delle orecchie ordinariamente è ostinato.

ECZEMA DELLE ARTICOLAZIONI. — Ivi la malattia generalmente predilige la superficie della flessione; le ascelle, le superficie della flessione nell'articolazione del gomito, le cavità poplitee, le anguinaie, sono tutte regioni favorite. La malattia rapidamente passa allo stato umido, con macerazione dell'epidermide, portata via tanto nei movimenti delle parti, quanto nell'attrito delle superficie opposte. Il processo è quasi sempre simmetrico. In certi dei punti suddetti passa allo stato noto col nome di eczema intertrigo, di cui discorreremo appresso.

ECZEMA DEI GENITALI. — Questi organi sono frequentemente attaccati e producono più molesti sintomi. Nel maschio lo scroto ed il pene ponno essere passionati insieme, ovvero l'uno o l'altro soltanto può essere sede della malattia. Lo scroto è la regione alterata comunemente. A causa della sua larga provvista di linfatici si può gonfiare molto e divenire edematoso. L'umidità, le croste e le ragadi dolenti sono facili a manifestarsi, seguite da ingrossamento diffuso. Il prurito ordinariamente è grave. È una forma della malattia estremamente penosa e generalmente è ostinata. Gli organi femminili vanno soggetti a lesioni simili. Le grandi e piccole labbra ordinariamente sono attaccate, ma la vagina può eziandio essere passionata. Il morbo può inoltre diffondersi alle parti circostanti, compreso il monte di Venere ed il perineo. Quando si ammalano le grandi o le piccole labbra, sono gonfie e per lo più edematose. Hanno un colore rosso chiaro o scuro; sono calde ed infiammate e per lo più dalla loro superficie cola abbondante secreto; si formano le croste e le superficie opposte si ponno più o meno agglutinare. Altre volte non avviene nessuno scolo e le parti sono semplicemente eritematose e leggermente squamose. Il prurito è violento e produce insopportabile molestia. Le cause della malattia nelle donne spesso si debbono riferire a disturbi uterini.

L'eczema degli organi genitali in ambo i sessi talvolta è vinto



facilmente dalla cura ed in altri casi è ostinatissimo. Sullo scroto la cura col sapone verde e l'unguento diachilon sovente calmerà i sintomi quando altri mezzi non sono riusciti. Le soluzioni di potassa, 1<sup>gr</sup>,90 o anche 3<sup>gr</sup>,80 per 31<sup>gr</sup>. si ponno applicare in luogo del sapone. Ma questi caustici potenti non si debbono mai adoperare senza controbilanciare i loro effetti per mezzo dell'acqua o degli acidi allungati; gli unguenti blandi, inoltre, debbono sempre seguire alla loro applicazione. Nel periodo acuto della malattia la lotio nigra si può raccomandare, seguita da un unguento di ossido di zinco e calomelano, 1<sup>gr</sup>,90 per 31<sup>gr</sup>. L'acido carbolico nella forma di lavanda o di unguento, dieci a quindici gocce per 31<sup>gr</sup>, in molti casi è un prezioso rimedio. Il timol è anche utile. Gli unguenti stimolanti, come i mercuriali e i preparati di catrame, ponno essere sperimentati successivamente giacchè spesso incontra che un preparato riuscirà utile, quando un altro di specie simile non giunge a produrre miglioramento. Le pennellazioni, fatte con giudizio, di tintura di iodo talvolta riescono.

ECZEMA DELL'ANO. — L'ano frequentemente è attaccato solo; in altri casi il perineo ed i genitali sono altresì passionati. La parte diviene rossa, infiltrata ed ingrossata, con o senza essudazione liquida. Generalmente vi sono ragadi e naturalmente ogni movimento intestinale è accompagnato da dolore. Le sensazioni di prurito o di bruciore sono ostinatissime e moleste e per lo più si aggravano nella notte. La malattia aumenta collo strofinio delle parti opposte delle natiche, non che col calore, con la perspirazione e con la secrezione sebacea. Si deve essere sempre cauti nel fare la diagnosi differenziale fra il prurito e l'eczema. Nel primo, sarà d'uopo ricordare, che non vi è nessuna eruzione, tranne quella prodotta dallo strofinio e dal grattamento. Nell'eczema si osserveranno sempre uno o parecchi sintomi caratteristici e coadiuveranno a distinguerlo dalle altre malattie. La cura è identica a quella che è stata consigliata per l'eczema delle labbra.

ECZEMA INTERTRIGO. — Di questo è stato discorso quando abbiamo studiato l'eczema delle articolazioni. Si presenta sulla superficie interna delle natiche, lungo le anguinaie, sotto le mammelle ed in altri punti in cui pieghe cutanee naturali stanno in contatto scambievolmente. Ne segue una superficie umida, macerata, la quale maggiormente si altera per i movimenti, per il camminare e per la poca nettezza. Si osserva molto più spesso durante la stagione calda. L'eczema che qui descriviamo non deve essere confuso coll'eritema intertrigo, o riscaldamento, lesione iperemica, la quale è comune nella state in ogni età e in individui di ogni classe. Un eritema intertrigo però, se è trascurato, può passare e spesso passa in eczema intertrigo. Le parti non si devono lavare che di raro. L'ossido di zinco e l'amido, in polvere, con o senza calomelano, o le lavande astringenti si ponno usare con vantaggio, tenendo divise le superficie opposte e, se è possibile, mantenendole così per mezzo di filaccia o di tela. Un po' di moto si può permettere; ma il riposo assoluto e una rigorosa vigilanza sulla cura giungeranno a modificare molto i sintomi ed a far cessare la malattia.

ECZEMA DELLE MAMMELLE. — Le mammelle nelle donne talvolta sono sede di un molesto eczema, che generalmente si circoscrive

in forma determinata intorno ai capezzoli. Ponno essere attaccate una sola o entrambe. Per lo più si osserva nelle nutrici, ma può sorgere anche in quelle che non sono nutrici e in donne nubili. Ordinariamente è della varietà vescicolosa, subito diviene eczema rubro ed è accompagnato da croste e da estese ragadi. Quando si dà latte al bambino, il succiamento provoca dolore, tale che la madre spesso è costretta ad allontanare il bambino dal suo seno o temporaneamente o definitivamente. I capezzoli nei casi gravi si retraggono, s'infossano nelle mammelle e sono coperti da croste. La malattia si osserva molto frequentemente nelle primipare. La diagnosi non è difficile. Le mammelle, si tenga a mente, ordinariamente sono anche attaccate dalla scabbia.

Quando si può attuare, la migliore è più rapida cura è quella del sapone verde e dell'unguento diachilon, già descritto. Le parti, quantunque in apparenza delicate e sensibili, tollereranno l'uso del sapone, e la frizione, in quasi tutti i casi e dopo di essere state medicate con garbo staranno molto meglio. Le applicazioni medicamentose si ponno fare una volta al giorno, — la sera, — o la mattina e la sera. Prima di dar latte si debbono ungere i capezzoli con olio, per ammolire l'unguento e poi lavarli con sapone ed acqua. Dopo allattato si può riapplicare l'unguento. Se non si combatte energicamente, l'eczema delle mammelle può essere ostinato.

**ECZEMA DELL'OMBELICO.** — Questo si osserva o solo o insieme all'eczema di altre parti del corpo. L'ombelico stesso può essere l'unica parte passionata o anche la cute circostante, in forma di isola circolare. Ivi l'eczema comunemente è umido ed accompagnato da ragadi. Generalmente dall'essudato emana un odore dispiacevole e si formano croste che aderiscono alla pelle. La diagnosi talvolta è renduta difficile dal fatto che la sifilide, la quale si manifesta in questo sito, spesso rassomiglia molto all'eczema. L'ulcerazione pertanto si osserverà nella sifilide, e inoltre si sentirà un odore disgustante. La cura è relativa alla varietà di cui si tratta, all'estensione della cute attaccata e alle particolarità di formazione dello ombelico.

**ECZEMA DELLE GAMBE.** — Le gambe sono parti attaccate molto spesso, massime nei vecchi, uomini e donne. Ivi l'eczema dà origine ad uno stato cronico che può durare per anni. Si presenta in forma di varietà eritematosa e vescicolosa, che, pertanto, subito per le sue note distintive passa nello stato conosciuto col nome di eczema rubro, o eczema madido.

Possono ammalarsi o una o ambedue le gambe. Ordinariamente non vi sono altre parti del corpo attaccate al tempo stesso; gl'infermi ponno avere eczema di una delle gambe o di entrambe per un lungo periodo di tempo senza mostrare altrove nessuna traccia della malattia. È rara nei giovani, ma è più comune a misura che l'età si inoltra, mentre negl'individui di media età e nei vecchi è frequentissima. Si mostra in forma di una o più isole, di varia estensione, situate a preferenza sulla superficie anteriore dell'arto. Queste isole ordinariamente confluiscono e formano un'isola continua, che interessa la maggior parte della gamba. Quando è cronica — generalmente così osserva, — la gamba ordinariamente presenta l'uno o l'altro dei seguenti aspetti. Può avere un colore rosso carico,

essere coperta in parte o tutta da croste estese, grosse, giallastre o brunastre, con uno scolo qua e là fra le croste dell'ordinario liquido, o chiaro o misto a pus e sangue. La pelle qua e là è denudata, a causa del grattamento e mostra una superficie infiammatoria punteggiata, segregante. D'altra parte la gamba può essere rossa, senza umidità o croste, e presentare una cute levigata, lucente o squamosa, non scontinuada, in forma d'isole, o, più comunemente di una sola larga isola. Amendue le forme della malattia sono, però, accompagnate da infiltrazione, ingrossamento, sintomi infiammatorii e prurito. La malattia spesso è associata a vene varicose, e questo stato imperfetto della circolazione è una causa comune del morbo. Le ulcere consecutive alla rottura di queste vene spesso non mancano e complicano lo stato delle cose. La diagnosi raramente è oscura. Lo stato ipertrofico dei tessuti, conosciuto col nome di elefantiasi degli Arabi, talvolta è accompagnato dall'eczema; in questo caso però si riconoscerà che l'eczema è secondario rispetto alla malattia originaria. Se vi sono ulcere varicose, si debbono distinguere dalle sifilitiche, che frequentemente si mostrano in questa regione.

La cura è relativa alla varietà, al periodo ed all'estensione del morbo, e alle condizioni in mezzo a cui trovasi l'infermo. Nei casi di eczema umido la cura più efficace è quella che consiste nell'uso del sapone verde e dell'unguento diachilon, già descritta. In questi casi la cura è seguita dai più brillanti risultati, ammesso che sia ben fatta. Quando la malattia non è nel periodo di secrezione, si ponno sostituire altri mezzi che richiedono meno tempo e molestia, e spesso con pari successo. I varii rimedii di cui abbiamo parlato nello studiare la terapia generale dell'eczema, ponno essere applicati, secondo che impone il caso. È necessario, quando vi sono vene varicose, o vi è tendenza al gonfiore, che l'arto sia convenientemente fasciato. La fasciatura si deve fare tanto allo scopo di tenere applicate le medicature in sito, quanto per sostenere la gamba e far diminuire la congestione. Questo sostegno sarà molto gradito all'infermo e materialmente affretterà la guarigione. Le ulcere, quando vi sono, si possono trattare allo stesso modo dello eczema, o possono reclamare una cura speciale. Di gran valore nella cura dell'eczema cronico delle gambe, massime quando è complicato ad ulcere, è la fascia di gomma-elastica, comunicata ai medici dal Dr. H. A. Martin (1) di Boston e più tardi dal Dr. Bulkley (2) di New-York. Le fasce debbono essere della migliore gomma e debbono essere sottili ed elastiche (3). Bisogna applicarle direttamente sulla pelle, dopo di aver pulito la gamba. In generale la fascia portasi soltanto durante il giorno. Dopo tolta la sera, deve essere lavata ed asciugata; la stessa cosa si farà dell'arto e dopo

(1) Trans. Amer. Med. Assoc., vol. xxviii. p. 589; Chicago Med. Jour. Oct. 1877; e Brit. Med. Jour. Oct. 26, 1878.

(2) Archives of Dermatology, July, 1877.

(3) È appena necessario discorrere più particolarmente della fascia, che ora è molto nota e si può avere dalla maggior parte dei costruttori di strumenti in tutto il paese, o da Goodyear's Rubber Curler Co., New-York; T. Metcalf & Co., Boston; e J. P. Remington, Filadelfia.



si avvolgerà in una fascia di mussolina o in altro panno per covrirlo. Nell'eczema molto inveterato con ingrossamento, edema o vene varicose, questa fascia sarà efficacissima.

ECZEMA DELLE MANI. — Per la speciale conformazione anatomica della pelle delle mani, non che per essere esposte agli agenti esterni, spesso sono sede di malattia. Una o entrambe si possono alterare; ordinariamente l'una e l'altra. Contemporaneamente possono essere attaccati i piedi, come che ciò avvenga di raro. Sulle mani si vedono tutte le varietà di eczema; eritema, vescichette, papule ed anche pustole nella loro forma tipica. Le ragadi, talfiata lunghe e profonde, sono comuni sulle nocche delle dita e sulla faccia palmare e dorsale delle mani. Sono lesioni moleste e dolorose ed è difficile evitarne il maltrattamento a causa dei movimenti continui cui vanno soggette. Nelle mani può aver luogo l'eczema acuto ed il cronico. Tutte le dita sono più o meno interessate, massime sulle superficie laterali; nei casi di eczema vescicoloso dei lati delle dita talvolta tutta l'epidermide è minata da un liquido che in alcuni casi dà luogo a bollicine. Una all'eczema cronico delle dita frequentemente si osservano alterate le unghie.

Le cause dell'eczema delle mani sono numerose. Gli operai delle fabbriche di prodotti chimici alcalini e acidi, i muratori, i fornai, i droghieri, i cuochi ed altri, i quali hanno le loro mani continuamente esposte all'azione d'irritanti, sono soggetti alla malattia. Fra le varie sostanze nessuna agisce più nocivamente delle alcaline sulla pelle.

Siccome la scabbia si attacca sempre a preferenza alle dita, la diagnosi differenziale fra l'eczema e questa malattia talvolta è difficilissima. La presenza dei parassiti, dimostrata dai solchi, che debbonsi ricercare nelle superficie laterali delle dita, talvolta è necessaria per stabilire la diagnosi. Nell'eczema le vescichette possono essere numerose e affollate in una data parte della mano; nella scabbia sono più sparpagliate e si trovano su tutte le dita. Le vescichette e le pustole dell'eczema sono piccole; nella scabbia hanno un volume variabile e spesso sono grosse. Le vescichette dello eczema ordinariamente si rompono poco tempo dopo formate, massime sulle parti in cui l'epidermide è sottile; nella scabbia sovente restano intere fino a che non vengono molestate dal grattamento o da altri mezzi meccanici. Le vescichette della scabbia per lo più mostrano una linea fina, scura, irregolare, costituita da punti, per i cui apici passa il solco originale nell'epidermide che è stata sollevata dalla formazione della vescichetta. Ciò è qualificativo della malattia e naturalmente manca nell'eczema semplice. La speciale distribuzione della scabbia su certe regioni del corpo, una alle sudette note, generalmente agevolerà la diagnosi. L'eczema vescicoloso delle mani si può anche confondere con la disidrosi e col ponfollace.

L'eczema delle mani e delle dita è specialmente incurabile. Le mani debbono essere tutelate da tutte le influenze irritanti; debbono essere tenute fuori dall'acqua e bisogna proibire l'uso del sapone, è da evitare anche l'azione del calore. In alcuni casi saranno utili i guanti di gomma, ma nella maggior parte degli ammalati riuscirà efficacissimo uno degli unguenti stimolanti, come di calomelano o di acido borico.

**ECZEMA DELLE PALME DELLE MANI E DELLE PIANTE DEI PIEDI.** — L'eczema presenta lo stesso aspetto in entrambe queste regioni. Per la naturale grossezza dell'epidermide dà origine a speciali lesioni, che talvolta oscurano la diagnosi. La malattia ordinariamente è qualificata da infiltrazione, ingrossamento, callosità, secchezza e ragadi. In generale è cronica e per lo più dura a lungo. Le ragadi spesso sono profonde e tanto dolorose che l'infermo non può adoperare le mani, o, se trattasi delle piante dei piedi, non può camminare. O una o entrambe le palme delle mani o le piante dei piedi possono alterarsi, vuoi sole, vuoi insieme ad altre parti. Talvolta sono attaccate simultaneamente le palme delle mani e le piante dei piedi.

La diagnosi generalmente è difficile, tanto più che la psoriasi e la sifilide spesso si localizzano in queste regioni ed hanno una grande somiglianza con l'eczema. Questo differisce dalla psoriasi per i seguenti punti. Le ragadi dell'eczema ponno essere umide e sanguinanti; nella psoriasi sono secche e non mostrano che poca tendenza a sanguinare. Le isole eczematose generalmente sono più estese e più diffuse di quelle della psoriasi. In questa i margini ordinariamente finiscono bruscamente; nell'eczema si confondono gradatamente con la cute sana. Il colore della psoriasi comunemente è più scuro di quello dell'eczema. Le squame, inoltre, della psoriasi sono anche più estese e più copiose di quelle dell'eczema. Il prurito per lo più è nell'eczema maggiormente accusato di quello della psoriasi. La presenza dell'una o dell'altra malattia in altre parti del corpo sarà sufficiente a far dileguare qualunque dubbio.

Le manifestazioni sifilitiche spesso si mostrano sulle palme delle mani e sulle piante dei piedi e si devono distinguere dall'eczema. L'infiltrazione della sifilide è più resistente di quella dell'eczema; giunge inoltre più profondamente nei tessuti e produce una sensazione simile a quella che si potrebbe avere se vi fosse un deposito compatto nella pelle. L'eczema ordinariamente è diffuso molto più uniformemente della sifilide; le lesioni di sifilide possono essere più piccole e più circoscritte ed avere una tendenza a propagarsi alla periferia. La sifilide in generale non cagiona prurito; l'eczema lo produce, come che non sempre forte. Nella sifilide la linea di separazione fra le parti malate e le sane per lo più è precisa. La anamnesi può coadiuvare e determinare la natura della lesione.

**ECZEMA DELLE UNGHIE.** — L'eczema talvolta attacca le unghie. Possono essere passionate, una, due o più. Non frequentemente si osserva la sola alterazione di esse, ma per lo più anche quella delle dita. La malattia è caratterizzata da scabrezza, da mancanza di levigatezza, da ineguaglianze e da un aspetto punteggiato o di favo di miele, il quale ultimo segno, però, appartiene anche alla psoriasi. L'unghia si deprime, specialmente nella sua radice, nel qual punto è sospesa la nutrizione. L'unghia può restare in questo stato patologico fino a che a gradi a gradi recupera la sanità, o può cadere e riprodursi. La cura locale deve avere di mira la radice più che l'unghia stessa.

**ERPETE.**

L'erpete è una malattia acuta infiammatoria che consiste in uno o più gruppi di vescichette, che si presentano per la maggior parte sulla faccia e sui genitali.

**Sintomi.** — Spesso è preceduto ed accompagnato da leggieri sintomi di malessere generale e da piressia. Può manifestarsi o solo o nel corso di un certo numero di malattie febbrili, come la pneumonite, la pleurite e le varie febbri. Le lesioni ordinariamente si presentano in forma di piccolo gruppo e ponno confluire; sono scarse, raramente più di tre o quattro. Hanno la grandezza che varia da quella di una testa di spillo a quella di un mezzo pisello e contengono un liquido acquoso chiaro o torbido, che diviene alquanto puriforme e si dissecca in piccole croste giallastre. Se si stropiccia o si toglie la pellicola avviene un'escoriazione, per lo più superficiale, che guarisce senza lasciare cicatrice. L'apparire delle vescichette generalmente è preceduto da una sensazione di calore nella regione, talvolta unito a gonfiore. La malattia si può riprodurre di quando in quando. È un'alterazione acuta, che di raro dura più di una settimana. Vi sono due regioni diverse in cui l'erpete generalmente si mostra, per cui prende i nomi di erpete della faccia ed erpete dei genitali.

**ERPETE DELLA FACCIA.** — Questo si può manifestare su qualunque parte della faccia, quantunque ordinariamente si osservi sulle labbra e specialmente sui prolabrij; onde il nome di ERPETE LABBIALE. Frequentemente s'incontra sulle pinne del naso, più di raro sovra altre regioni della faccia, e sulle orecchie. La mucosa orale e la lingua sono anche non raramente sede di questa forma di erpete. Ivi le vescichette si rompono subito per macerazione e perciò di raro si osservano allo stato di vescichette, ma piuttosto in forma di lesioni escoriate. Sulle labbra le vescichette per lo più sono piccole, scarse e limitate ad un gruppo. Il labbro superiore ne è attaccato più spesso, quantunque l'inferiore sia del pari spesso passionato. Le vescichette possono o restare separate o confluire, formando una sola lesione vescicolare, che in ultimo diviene crosta brunastra. Non ha luogo ulcerazione e perciò non si formano cicatrici. L'erpete della faccia ordinariamente è cagionato da qualche alterazione febbrile o nervosa dell'organismo. Si osserva insieme a lievi disturbi digestivi e al freddo, ed anche insieme ad affezioni più gravi, come la febbre intermittente e la tifoide.

**ERPETE DEI PROGENITALI.** — Nell'uomo si osserva principalmente sul prepuzio, massime nello strato interno, ciò che ha dato origine al nome di ERPETE PREPUZIALE. Può anche aver luogo sul ghiande e sul tegumento cutaneo dell'organo. Nella donna presentasi sulle grandi labbra e sulle piccole ed anche sulla pelle che circonda la vulva. L'eruzione ordinariamente è preceduta da molestia, da leggiero bruciore o da dolore nevralgico nella parte, seguito da uno o due piccoli gruppi di vescichette, più o meno perfettamente formate, sovra un tratto infiammato. Le vescichette possono essere accompagnate o no da una distinta areola. Il numero delle lesioni varia. Ordinariamente se ne osserva un sol gruppo. Le sensazioni



di cocciare e di bruciare sono talvolta accentuate; in altri casi leggerissime. Talfiata il dolore è acuto, passionando il plesso sacrale dei nervi e dando origine a grande disturbo. Mauriac (1) ha descritto tali casi, che, però, si potrebbero piuttosto chiamare di erpete zoster. Le vescichette spesso confluiscono e formano piccole isole, le quali si possono coprire di croste. Nella parte interna del prepuzio e nella superficie interna delle grandi e piccole labbra le vescichette ordinariamente si rompono e si formano escoriazioni, che rassomigliano ad ulcere superficiali coperte da un deposito biancastro. Quando si manifesta ivi la malattia si può scambiare con una delle forme di malattia venerea. Le lesioni talvolta sono molto simili a quelle dell'ulcera e bisogna portare molta attenzione per fare un esatta diagnosi. Il corso dell'erpete, però, mette sempre in grado l'osservatore di venire ad una conclusione definitiva su ciò. Pochi giorni o una settimana bastano a sciogliere la questione, giacchè entro questo termine l'erpete sparirà spontaneamente, mentre l'ulcera venerea si sarà ingrandita. Quando vi ha dubbio, bisogna lasciar passare molto tempo prima di pronunziarsi definitivamente sulla natura della malattia. L'erpete dei progenitali ha una grande tendenza a riprodursi per tutta la vita e talvolta periodicamente.

**Cura.** — Bisogna stare attenti che le parti alterate non si rompano e non si lacerino e si deve usare un cerato od un unguento per tutelarle dalla escoriazione. Le lavande di acqua d'ammoniaca allungata, di acetato di piombo, di solfato di zinco, trenta a settanta centigrammi per 31 grammi, o di glicerina, sono spesso benefiche. Quando hanno luogo attacchi ripetuti bisogna tener d'occhio lo stato generale ed accertare, se è possibile, la causa; questa non di raro non sta lontana dalle lesioni.

**ERPETE DELLA GRAVIDANZA.** — Con questo nome Milton (2), Bulkley (3) e più recentemente Living (4) hanno descritto una rara affezione, speciale della gravidanza e che ritengono essere una varietà di erpete. Consiste nella manifestazione di eritema, di papule, di vescichette e di bolle. Predominano le vescichette. Sono accompagnate da sensazioni di forte prurito e di bruciore. Le lesioni ordinariamente sono aggruppate, ma non seguono il cammino di nessun tronco nervoso. Il volume delle vescichette e delle bolle varia; ponno essere grandi quanto un pisello o quanto una noce. Per lo più appaiono primieramente sulle estremità e dopo si manifestano sovra altre parti del corpo. È una lesione direttamente dipendente dallo stato gravido dell'utero. Può manifestarsi in qualunque pe-

(1) *Leçons sur l'herpès névralgique des organes génitaux*. Paris, 1877. Veggasi anche Bumstead e Taylor *on the Pathology and Treatment of Venereal Diseases*, 4 ed., Phila, 1879.

(2) *The Patology and Treatment of Diseases of the Skin*, p. 205. London 1872.

(3) *American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children*, Feb. 1874.

(4) *Lancet*, vol. i., 1818, p. 783.

Wilson per il primo ha parlato di questa malattia. Egli la chiama « erpete circinato bolloso » (*Diseases of the Skin*, p. 294. London, 1867). Hardy, col nome di « penfigo pruriginoso » pure ne ha parlato (*Leçons sur les Maladies de la Peau*, p. 137. Paris, 1863).

riodo della gravidanza fino al settimo mese, e quando si osservano ordinariamente non spariscono fino a che non avviene il parto, ma lentamente retrocedono sviluppandosi di mano in mano vescichette più scarse; si possono riprodurre nelle gravidanze successive. Talvolta vi si accompagna l'orticaria, una nevralgia ed altre affezioni nervose.

DERMATITE CIRCOSCRITTA ERPETIFORME. — Neumann, nella terza edizione (1873, p. 188) del suo libro sulle malattie della pelle, descrive una malattia che egli ritiene essere una varietà di erpete, di cui ha osservato quattro casi e indicato col nome di ERPETE CRONICO. D' allora ha osservato altri quattro casi e descrive la malattia nel modo seguente (1). Comincia con la formazione di papule piccole, grandi quanto un seme di canape, rosso-pallide, con un centro azzurrognolo-bianco, che gradatamente aumenta verso la periferia, fino a che nel corso di parecchi mesi si forma una lesione della grandezza di un soldo americano. I punti azzurrognoli, che più tardi divengono biancastri, sono caratteristici ed a misura che la lesione si estende diviene più rilevante nei margini ed il centro mostrasi più uniformemente rosso. Le lesioni talvolta sono discrete; talvolta confluiscono e tendono ad assumere una forma spirale, tortuosa, i cui centri possono ancora mostrare punti azzurrognoli biancastri o essere eritematosi e squamosi. I punti rassomigliano a vescichette di eczema sulle palme delle mani. A misura che la malattia progredisce, le squame aumentano e possono raccogliersi qua e là in modo da formare piastre grosse, dure, brunastre, solidamente aderenti alla pelle e quando si tolgono lasciano un' infiltrazione escoriata e grossa; sul tronco ciò si osserva raramente. Nel corso di parecchi mesi l' infiltrazione diminuisce, lasciando un tratto bruno-sporco o punti colorati e depressi. La malattia può durare anni, mostrandosi di quando in quando nuove efflorescenze. Il prurito è un sintomo notevole. Nei nove casi osservati da Neumann otto erano uomini, uno donna, il più vecchio era di 57 anni, il più giovane di ventidue. Il capo, la faccia e il collo in tutti i casi restarono immuni.

L' esame microscopico delle porzioni di pelle alterata presentavano un aumento della grossezza dell' epidermide; ingrossamento delle papille; ipertrofia e neoformazione di vasi entro e sotto le papille; ipertrofia dei muscoli lisci ed esuberante produzione cellulare nel derma e nelle papille. Le pareti dei dotti delle glandole sudorifere e le glandole stesse, erano tumefatte; il contenuto cellulare aumentato e granuloso e nelle glandole misto a cellule colloidali rotonde, molto refrangenti ed opache. Ove la lesione era antica il canale faceva vedere cellule cornee ed anche bruno-scuere pigmentate. Inoltre le cellule erano circondate da nuove cellule. Questi cangiamenti glandolari corrispondevano per posizione ai punti caratteristici azzurrognolo-bianchi già descritti. Le glandole sebacee ed i follicoli piliferi erano normali. Neumann ritiene che la malattia sia un processo *sui generis*, infiammatorio, circoscritto.

(1) Vierteljahresschrift für Derm. und Syph., erstes Heft, p. 41, 1875. Veggasi anche la 4<sup>a</sup> ediz. dello stesso libro (1876, p. 347).

La cura consistette nel fregare la pelle con una forte soluzione alcoolica di sapone di potassa a cui tennero dietro le pennellazioni di catrame. In tutti i casi la guarigione fu completa. Non vi furono recidive.

### ERPETE ZOSTER

*Sin.* Zona; Cingulum; Ignis Sacer; Zoster; *Ingl.* Shingles; *Ted.* Gürtelkrankheit; Fenergürtel; *Fr.* Zona.

L'erpete zoster è una malattia acuta, infiammativa, qualificata da gruppi di vescichette situate sovra basi infiammate, accompagnate da dolore nevralgico di grado più o meno rilevante.

La malattia generalmente comincia con dolori nevralgici che si sentono non di raro per parecchi giorni prima che si mostri qualunque segno di eruzione. Questi dolori ordinariamente sono forti e passionano i tessuti superficiali e profondi della regione e molto sproporzionatamente al grado di eruzione che segue. Uno stato infiammato della pelle, con sensazioni di calore e bruciore e gruppi di vescichette si notano nella regione alterata. Sono grandi quanto una testa di spillo, ordinariamente discrete e stanno sopra una superficie rosso viva. Ponno accumularsi tanto da confluire, ed allora formano isole irregolari. Le vescichette continuano a manifestarsi rapidamente un gruppo dopo l'altro, fin che dal quarto all'ottavo giorno, in cui l'eruzione è nel suo acme, resta tale per pochi giorni, dopo decresce, le vescichette si disseccano e dopo dieci giorni o più non restano che croste secche, brunastre, che cadono, lasciando frequentemente cicatrici, più o meno evidenti secondo la gravezza dell'attacco. Le vescichette non si rompono come nell'eczema, ma restano integre per tutto il loro corso. Contengono un liquido giallastro chiaro, il quale, a misura che la malattia diminuisce, gradatamente diviene più denso, ed in ultimo puriforme. Quando l'eruzione è al suo acme le sue note anatomiche generalmente sono perfette, le vescichette divengono ben conformate, del tutto distese, con contenuto trasparente giallastro e situate sopra un tratto cutaneo vivamente infiammato (1). Tendono sempre ad aggrupparsi e per lo più sono fittamente affollate; quando il morbo è diffuso si può osservare un certo numero di gruppi distinti; talvolta molto lontani. La malattia ha un corso acuto, che dura in generale da dieci giorni a tre settimane dal momento in cui comincia fino a che cessa, e comunemente è qualificata da sintomi rilevanti.

L'erpete zoster può anche avere un corso anormale, presentando soltanto una parte dei su descritti sintomi. Le vescichette possono non essere caratteristiche, presentandosi piuttosto come vescichette abortive; d'altra parte talvolta si ponno formare piccole bolle e pustole. Vi hanno altresì certi casi in cui tutto il processo si arresta non appena i sintomi qualificativi cominciano a manifestarsi sulla pelle. Il dolore nevralgico può variare estremamente per intensità; talvolta è leggiero, in altri casi è cruciante. Il grado dell'eruzione di raro è proporzionato al dolore.

La malattia attacca varie regioni del corpo, ma ha un'evidente

(1) Veggasi il mio *Atlas of Skin Diseases*, Tav. R.



predilezione per certe parti. In tutti i casi segue i tronchi nervosi e quasi sempre è circoscritta ad un lato del corpo. In rari casi, massime sul capo, si nota in ambo i lati. Secondo la regione in cui si mostra la malattia, chiamasi ZOSTER DEL CAPO, Z. DELLA FACCIA, Z. DELLA NUCA, Z. DEL BRACCIO, Z. DEL PETTO, Z. DELL'ADDOME, Z. DEL FEMORE. Per indicare il sito preciso che è attaccato, si adoperano altre parole che denotano anche la regione anatomica, come, ad esempio, CERVICO-BRACHIALE, DORSO-PETTORALE, ecc. Sul capo manifestasi tanto sul cranio, quanto sulla fronte. Ivi l'eruzione ordinariamente presentasi nel tragitto del nervo sopra-orbitale, e si diffonde alla superficie cranica. L'occhio può esserne attaccato ed il dolore talvolta è grave. Generalmente vi è iniezione della congiuntiva, seguita da grave disturbo dell'organo. La malattia può anche cominciare sulla parte posteriore del capo, onde si propaga ed attacca tutta la regione. La sola faccia, segnatamente la guancia, può essere anche sede della malattia; parimenti la regione laterale del collo, lungo una linea che passa per la seconda e terza vertebra cervicale, prolungandosi in avanti verso la laringe. Nell'erpete zoster del braccio, l'eruzione ordinariamente si manifesta in primo luogo nella regione delle vertebre cervicali inferiori, passando sopra e sotto il braccio fino al gomito, o anche oltre. Per lo più è attaccato il lato della flessione. Un'altra regione spesso passionata è il petto, e allora le lesioni sono parallele alle costole. Ivi i nervi intercostali determinano il cammino dell'eruzione. In questo sito la malattia in generale dà origine a grave dolore e difficoltà di respiro; nel suo primo periodo si può confondere con una pleuritide incipiente. La regione addominale innervata dai nervi dorsale e lombare inferiori, si altera in un modo molto simile. Le due ultime nominate regioni sono le più comuni varietà locali dell'erpete zoster ed hanno dato origine al nome con cui è nota la malattia. Questa si presenta eziandio sulla superficie anteriore e posteriore della coscia e sulla natica. Si osserva anche sui genitali. Raramente sotto le ginocchia.

Il corso dell'erpete zoster è sempre acuto, quantunque un poco variabile circa a durata, e termina colla guarigione. La malattia non di raro è accompagnata da un certo grado di ulcerazione e consecutive cicatrici, che nei casi gravi possono restare per tutta la vita. Non è frequente una recidiva nello stesso individuo (1). I dolori nevralgici non sono rari nel sito della eruzione per lungo tempo dopo che è sparita ogni traccia del morbo. Si osserva in ambo i sessi, e nei fanciulli come negli adulti; nei giovanissimi come nei vecchi. Non è contagiosa. Dalle statistiche dell'American Dermatological Association si rileva che su 16863 casi di malattie cutanee se ne osservarono 262.

**Etiologia.** — Le cause che provocano la malattia sono oscure, quantunque l'esperienza clinica insegna che la loro natura possa essere del tutto diversa. Nondimeno è bene accertato che in tutti i casi di eruzione dipende da uno stato singolarmente irritabile o

(1) Kaposi riferisce un caso in cui vi furono nove ricadute, tutte sul lato destro del corpo, ma non precisamente nella stessa regione. Wiener Med. Woch. Nri 25, 26, 1877: riassunti nel London Medical Record, Nov. 15, 1877.

infiammato dei tronchi e dei rami nervosi cutanei. La causa che produce questo stato può stare in diverse influenze. I cangiamenti atmosferici, massime il freddo repentino, e l'azione dei venti umidi o del tempo umido, non che la brusca soppressione di perspirazione profusa, agiscono come cause. La violenza meccanica sopra una parte, i maltrattamenti dei nervi, le operazioni chirurgiche, e gli sforzi esagerati danno tutti origine all'eruzione (1). Si suppone da alcuni osservatori che l'arsenico possa cagionare la malattia, opinione messa avanti da Hutchinson, di Londra. Certamente vi sono casi in cui sembra probabilissimo che l'eruzione dipenda da questa causa. Bärensprung (2) fu uno dei primi che ritenne essere la causa nei nervi, e che l'infiammazione per mezzo di essi si propagasse alla pelle.

**Patologia.** — Bärensprung inoltre fu il primo ad emettere l'opinione che la malattia passionasse il sistema ganglionare. Egli determinò la sede primitiva del morbo nei ganglii spinali. Nei casi di zoster del tronco trovò i nervi intercostali ingrossati ed iniettati, coi ganglii spinali rammolliti e di struttura alterata, e l'infiammazione andava sempre dai ganglii alla periferia. Danielssen (3) dimostrò anche un notevole rossore e turgore di un nervo intercostale, accompagnati da un'infiltrazione del nevrilemma. Weidner (4) nota cangiamenti non dissimili a quelli osservati da Bärensprung, Wyss (5) dà un'esatta ed eccellente descrizione dei cangiamenti osservati in un caso di morte nel primo periodo dell'erpete zoster, che interessava l'occhio e la fronte. La prima branca del nervo trifaciale si vedeva più grossa, più larga e molle di quella del lato opposto del corpo ed aveva un colore rosso grigio. Ciascun fascetto nerveo era diviso dagli altri da un tessuto rossastro-grigio, molle, contenente numerose vescichette. Il nervo era circondato da uno stravaso di sangue lungo il suo corso dall'orbita al ganglio di Gasser, poichè questo corpo era molto più grosso e più molle del normale. Inoltre non era bianco-giallastro, ma rosso vivo. Il nervo era sano nel suo punto di origine nel cervello, ma si alterava a misura che avvicinavasi al ganglio, e conteneva numerosi piccoli stravasi sanguigni. L'esame microscopico della pelle presentava le papille ed il derma largamente infiltrati di cellule. La rete integra in alcuni punti, ma totalmente distrutta in altri. Questi fatti confermano la primitiva opinione di Bärensprung, che la malattia consista in un'infiammazione dei ganglii spinali propagatasi lungo i nervi fino alle loro terminazioni sulla cute (6).

(1) Veggasi la monografia di Picaut, *Des éruptions cutanées consécutives aux lésions traumatiques*, Paris, 1875; e Mitchell, *Injuries of Nerves, and their consequences*, Phila., 1872, p. 153.

(2) *Die Gürtelkrankheit*, Charité-Annalen, ix, p. 114, Berlin. Questo lavoro è un'importante contribuzione all'argomento di cui ci occupiamo.

(3) Bärensprung, loc. cit., p. 119.

(4) *Berliner Klin. Wochenschrift*, No. 7, 1870. *Archiv. für Derm. und Syph.*; 4 Hft, 1870.

(5) *Archiv. der Heilkunde*, iv. u. v., 1871. *Archiv für Derm. und Syph.*, 3 Hft, 1872.

(6) Veggasi anche un'importante relazione di Kaposi sulla patologia del morbo. *Wiener Med. Jahrb.*, 1876, erstes Heft; riassunta nel *London Medical Record*, April 15, 1876.

Biesadecki (1) ed Haight (2) di New-York, hanno amendue dimostrato che le vescichette si formano allo stesso modo con cui si formano nell'eczema. Biesadecki trovò le papille notevolmente aumentate di volume e piene di nuove cellule, che penetravano nel derma ed anche nel tessuto sottocutaneo. I vasi sanguigni delle papille erano dilatati dal sangue. Numerose cellule fusiformi si vedevano venir fuori dalle papille e spingersi nello strato mucoso, separandole completamente, talchè le cellule epiteliali erano compresse ed assumevano la forma di strette bendelle perpendicolari. Questa rete quindi consiste di cellule isolate e compresse degli strati medio e superiore delle rete di Malpighi e di cellule dei dotti delle glandole sudorifere e dei follicoli piliferi. Queste opinioni corrispondono a quelle di Auspitz e Basch (3) e di Ebstein (4). La rete suddetta, secondo Biesadecki è piena di cellule connettivali che si sono aperte una via attraverso lo strato mucoso. Haight trovò alcune cellule rotonde, nucleate nel nevrilemma ed attorno a questo; probabilmente erano cellule di pus. Scovri eziandio che i nervi erano gonfi, la sostanza midollare rammollita ed il cilindro dell'asse aumentato di volume in direzione eccentrica.

**Diagnosi.** — Le note dell'erpete zoster ordinariamente sono tanto rilevanti che non sorgono difficoltà nella diagnosi. I sintomi precursori del dolore nevralgico nella parte che deve divenir sede dell'eruzione debbono far sospettare questa malattia con molta probabilità. L'aspetto delle vescichette, in gruppi distinti, sovra una base molto infiammata e la tendenza a mantenere la loro forma intatta, sono caratteristici. Le vescichette sono più grosse di quelle dello eczema, poichè variano di grandezza da quella di una testa di spillo a quella di un mezzo pisello. Le vescichette dello eczema, inoltre, sempre si rompono e fanno uscir fuori un liquido che rapidamente si trasforma in croste; l'erpete zoster non dà liquido. I sintomi subiettivi di questo sono dolore notevole, di raro manca, e bruciore; nell'eczema vi è sempre prurito accentuato.

Non si deve mai confondere l'erisipela con l'erpete zoster. La linea di circoscrizione nell'erisipela, il colore rossastro scuro dell'infiammazione, i sintomi generali e la mancanza di vescichette aggruppate e di dolore nevralgico, serviranno a distinguerla dal zoster.

Bisogna distinguere l'erpete zoster dalla semplice forma di erpete che si osserva sulla faccia e sui genitali, principalmente per il dolore e per la tendenza a manifestarsi una sola volta durante la vita. L'erpete semplice tende alle recidive nello stesso individuo. Per lo più inoltre si limita a certe regioni, come le labbra, il naso, ed i genitali; siti in cui l'erpete zoster non si trova ordinariamente. Nell'erpete semplice vi è per lo più soltanto un gruppo di vescichette; nel zoster parecchi distinti gruppi ordinariamente. Lo zoster è quasi invariabilmente unilaterale; l'erpete semplice spesso mostrasi in ambo i lati o sulla linea mediana.

(1) Beiträge zur Phys. und Path. Anat. der Haut, p. 245, Wien, 1867.

(2) Sitzungsberichte der Kais. Akademie. Wien, 1868.

(3) Virchow's Archiv., Bd. xxxiii, p. 337.

(4) Virchow's Archiv., Bd. xxxiv., p. 598.



**Cura.** — Si tenga in mente che la malattia ha un corso acuto, che finisce colla guarigione spontanea; inoltre che il corso ordinariamente è benigno quanto ai risultati, tranne in quei casi in cui sono passionate regioni del corpo sensibili, come l'occhio. I rimedii interni non sono stati molto efficaci a modificare il corso dell'eruzione, quantunque, secondo Ashburton Thompson (1) e Bulkley (2) abbiamo un eccellente rimedio nel fosforo di zinco, che è stato raccomandato dal primo di essi alla dose di due centigrammi, da dare al principio di un attacco e da ripetere ogni tre ore. Si è detto che freni il dolore e faccia abortire l'eruzione. La mia esperienza di questo rimedio in questi casi è tanto scarsa che non posso darne un giudizio; mi è sembrato che in alcuni casi agisse bene e subito.

I sintomi generali si possono combattere a misura che si presentano. I lassativi salini o le bevande effervescenti possono essere spesso piacevoli per l'infermo nel primo periodo del zoster grave. Gli oppiati dati la notte sono utili e in generale si possono prescrivere a larga dose. L'iniezione sottocutanea del solfato di morfina è un altro mezzo per calmare il dolore. Nei casi diffusi si può prescrivere con vantaggio una cura tonica, consistente o in larghe dosi di chinina, o nel ferro, nell'arsenico, o negli acidi minerali. La cura esterna è importante. Le parti debbono essere difese dall'irritazione prodotta dalle vesti e da altre influenze esterne; le vescichette non debbono essere punte, ma tenute intatte quanto più a lungo è possibile. Varie polveri d'aspergere, contenenti canfora e morfina, si possono usare con vantaggio. Debbono essere abbondantemente cosparse sulla parte e coperte da una fasciatura. Si ponno usare eziandio gli unguenti anodini; quelli contenente oppio in polvere e belladonna, sono utilissimi. Le lavande anodine con oppio, belladonna e canfora sono del pari commendevoli. L'acido carbonico, nella forma di lavanda 60 a 90 centigrammi per 31 grammi di acqua, si possono altresì adoperare. Io recentemente ho usato l'estratto liquido della grindelia robusta nella forma di lavanda, alla dose di 1<sup>ra</sup>, 90 a 3<sup>ra</sup>, 80 per 31<sup>ra</sup>, con vantaggio. Un preparato eccellente è il collodio elastico con la morfina alla dose di 60 centigrammi per 31 grammi. La malattia si può pur curare bene con la corrente galvanica. In alcuni casi è efficace rimedio. La corrente costante è utilissima applicata direttamente sulla sede dell'eruzione e sul tragitto dei nervi con elettrodi a spugna. Io ho trovato che ordinariamente bastano da cinque a dieci elementi, applicando la corrente per quindici a trenta minuti in ogni seduta e riapplicandola ogni giorno o due volte al giorno. Non vi è dubbio che il dolore e l'eruzione talvolta possono cessare dietro l'uso opportuno della corrente, ed anche dopo che la malattia è giunta al suo acme si può trar vantaggio dalla sua applicazione. I dolori consecutivi del zoster si possono curare nel medesimo modo.

**Prognosi.** — Per lo più bastano poche settimane per la guarigione spontanea del zoster, quantunque i casi gravi possano pro-

(1) Glasgow Medical Journal, October, 1874.

(2) Archives of Dermatology, January, 1876, p. 158.

lungarsi per un mese o più prima di finire. Sul capo il dolore generalmente è forte. Lo zoster della regione orbitaria può passionare gravemente l'occhio.

### ERPETE IRIDATO

*Sin.*, Hydroa; Herpes Circinatus; *Ted.*, Herpes Iris; *Fr.* Hydroa Vésiculeux.

L'erpete iridato è una malattia acuta infiammativa, caratterizzata da uno o più gruppi di vescico-papule o di vescichette di diversa grandezza, disposte in forma di anelli concentrici, accompagnati, ordinariamente dalla mostra di varii colori.

**Sintomi.** — Le lesioni hanno il diametro di una piccola moneta a quello di parecchi pollici e sono costituite da un certo numero di vescico-papule o vescichette più o meno distinte, che si dispongono l'una accanto all'altra in modo da formare talvolta un anello completo. Due, tre o più di questi anelli si trovano in serie che si estendono verso la periferia del tratto alterato. Quanto a volume le lesioni variano da quello di una testa di spillo a quello di un mezzo pisello, o più, e sono discrete o confluenti, più frequentemente confluenti. Il numero dei tratti lesi è anche diverso; ve ne possono essere due o tre o una dozzina. Fra le vescichette la pelle è rossa o rossastra e talvolta sollevata sulla cute circostante. Le vescichette contengono un liquido acquoso giallastro, che, dopo un giorno o due, si dissecca e forma una leggiera crosta giallastra. Le vescichette più antiche, quelle del centro, son le prime a disseccarsi, mentre alla periferia se ne formano altre.

A principio la malattia si manifesta come una o più papule attorno ad un punto centrale; queste rapidamente si cambiano in vescichette, assumendo la forma di un cerchio. Non appena si è completato un anello, ai confini e intorno ad esso ne sorge un altro e talvolta così se ne osservano tre o quattro. Ordinariamente le vescichette primitive e centrali sono in gran parte sparite nel periodo in cui si è formata l'ultima lesione. La tinta generale della eruzione è speciale. I colori sono svariati e delicati e per lo più interessano tutta l'estensione alterata. Per ciò alla malattia si è dato il qualificativo d'iridata. Tutti i colori dell'arcobaleno, meno vivi, si possono comunemente osservare in un'epoca o in un'altra del corso del morbo, il rosso, il giallo e il violetto predominano. La malattia è acuta ed è caratterizzata dalla successiva comparsa di lesioni. Queste continuano a formarsi per una a tre settimane, dopo del qual tempo il processo finisce d'ordinario spontaneamente.

Certe regioni del corpo sono attaccate a preferenza; il dorso delle mani e dei piedi, le braccia e le gambe, sono le parti che per lo più vi vanno soggette. Sintomi rilevanti di alterazione generale raramente se ne osservano in qualche periodo del corso del morbo. Vi possono essere sensazioni di prurito o di bruciore; ma di raro sono considerevoli. Il corso della malattia, anatomicamente riguardata, può essere anormale. In luogo di vescichette si possono formare bolle, ovvero le vescichette possono essere confluenti e formare bolle irregolarmente conformate. In altri casi l'eruzione appena giunge alla formazione di vescichette. Nondimeno si possono riconoscere ordinariamente gli aspetti generali della malattia. La

alterazione ha una tendenza a ripetersi nello stesso individuo. È un morbo raro; non contagioso.

**Etiologia.** — L'erpete iridato si manifesta principalmente nella primavera e nell'autunno. Si osserva negli uomini e nelle donne, ma è più comune nei fanciulli che negli adulti. Quanto alla sua natura poco si conosce. Vi sono, nondimeno, sufficienti prove cliniche per dimostrare che, quantunque molto imponente in apparenza, in realtà è un'alterazione semplice.

**Patologia.** — Senza dubbio ha grandissima parentela con l'eritema polimorfo. Infatti si dee ritenere come un periodo avanzato o come una modificazione di questa malattia. Da parecchie opportunità che ho avuto d'osservare il corso del morbo, mi sembra evidente che sono un solo ed identico processo (1). I sintomi obiettivi, però, sono speciali e di natura tanto diversa da quelli dello eritema polimorfo, da permettere che si metta la malattia fra le forme di erpete più che di eritema, massime perchè le lesioni sono di manifesta natura erpetica. È un processo infiammativo benigno.

**Diagnosi.** — La presenza delle vescichette serve a distinguerlo dall'eritema polimorfo. Si può distinguere dall'erpete zoster per la mancanza di dolore nevralgico e di bruciore. La distribuzione e disposizione delle vescichette sono, inoltre, del tutto diverse. Nello erpete iridato sono disposte ad anelli, l'uno concentrico all'altro; nel zoster sono ammassate o aggruppati irregolarmente. Le regioni attaccate non sono le stesse; le mani ed i piedi raramente, se non mai, sono sede di zoster. È più facile confondere la malattia col penfigo. Ma le lesioni sono dissimili da quelle del penfigo per grandezza, formazione e corso, e per la loro disposizione. Lo speciale coloramento della lesione di erpete iridato è, inoltre, sufficiente a distinguerlo dal penfigo. Si può anche confondere con lo impetigo erpetiforme. La disposizione delle vescichette e la mancanza di molto prurito, sono sufficienti a distinguere la malattia di cui ci occupiamo dall'eczema.

**Cura.** — Nessun metodo di cura sembra che abbia la virtù di arrestare il corso del morbo. Se si dà qualche medicamento, deve essere semplice, secondo che indica il caso. Localmente la parte deve essere tutelata dall'attrito delle vesti; si debbono lasciare intatte le vescichette e cospergere di quando in quando con polvere di ossido di zinco. Se vi sono escoriazioni, l'unguento di ossido di zinco si può spalmare sopra una tela e tenerla applicata all'arto con una fascia. La malattia si può anche curare con lavande astringenti o sedative, come si cura l'eczema vescicoloso acuto.

**Prognosi.** — È favorevole. Si può assicurare all'ammalato che l'eruzione sparirà subito, ordinariamente nel corso di poche settimane. Non restano sintomi molesti.

---

(1) Veggasi Eritema multiforme.



## MILIARE.

*Sin.*, Miliaria rubra ; Miliaria Alba ; Sudamina (Hebra) ; Lichen tropicus ;  
*Ing.*, Prickly Heat.

La miliare è un'alterazione acuta, infiammatoria delle glandole sudoripare, qualificata da numerose papule o vescichette quanto una punta di spillo, e quanto un acino di miglio, accompagnata da sensazioni di spine, di formicolio e di bruciore (1).

**Sintomi.** — La miliare si può mostrare o come un'eruzione papulosa o come una vescicolosa; in molti casi si vedono papule e vescichette, quantunque comunemente predomini l'una o l'altra forma di lesione. Le due varietà richiedono una descrizione a parte.

**MILIARE PAPULOSA.** — Questa varietà, conosciuta col nome di **LICHEN TROPICUS** e di **CALORE PUNGENTE**, ordinariamente comincia con la formazione di molte papule minute, acuminate, di colore rosso-vivo. Le lesioni sono estremamente piccole, della grandezza di una testa di spillo o di un seme di miglio, e molto poco sporgenti sul livello della cute. Si formano in gran numero; sono discrete, quantunque spesso stipate insieme; ed ordinariamente sono sparse senza una disposizione ordinata, sopra una considerevole superficie. Appaiono repentinamente e sono precedute ed accompagnate da sudore più o meno profuso. Le vescico-papule e le vescichette ordinariamente si trovano qua e là fra le papule e rendono la malattia alquanto multiforme quanto alle sue lesioni.

**MILIARE VESCICOLOSA.** — In vece delle papule si possono formare vescichette. Sono molto piccole, giacchè di rado sono più grandi di una punta o di una testa di spillo. Per lo più sono acuminate, elevandosi sulla superficie cutanea in forma di minuti punti biancastri o giallastri. Generalmente sono numerose, poichè se ne osservano fin mille in un sol tratto di cute alterata, come ad esempio sull'addome; sono sempre discrete. La pelle su cui sorgono è sempre più o meno infiammata; comunemente ha un colore rosso-vivo, perchè ciascuna vescichetta è circondata da un'areola (**MILIARE RUBRA**). Le vescichette recenti sono trasparenti e contengono un liquido del colore dell'acqua; quando sono un poco antiche, sono opache e bianco-giallastre (**MILIARE ALBA**). Per il gran numero delle vescichette e la loro prossimità scambievole, possono dare alla pelle un aspetto giallastro. Insieme alle vescichette vi ha sudore più o meno profuso. L'eruzione si può mostrare a gruppi qua e là o può manifestarsi sopra la maggior parte del corpo. La sua sede ordinaria è il tronco, ma può attaccare anche la faccia, le braccia e le estremità inferiori. Ordinariamente si osserva sull'addome, ai lati del tronco e sul dorso.

Le vescichette hanno un corso acuto, giacchè si disseccano in uno o due giorni e finiscono con una leggiera desquamazione. Non tendono a rompersi spontaneamente. Se si lacerano o stropicciano, si rompono e scaricano il loro contenuto che forma piccolissime

(1) La miliare non include la malattia conosciuta col nome di Febbre miliare, Eruzione miliare, ecc., una completa descrizione della quale trovasi nel Trattato di Patologia e Terapia di Ziemssen, vol. II.

croste giallastre. Siccome il liquido che contengono non è mai più di una minutissima goccia, la formazione delle croste è in tutti i casi insignificante. La malattia o cessa in pochi giorni o continua e di quando in quando appaiono nuovi gruppi di vescichette. La sua durata dipenderà dalla natura della causa. Ho veduto casi che hanno durato tutta l'estate e si sono anche prolungati fino all'autunno.

Tutte le parti del corpo possono essere attaccate dall'una o l'altra varietà di malattia, ma certe regioni, come l'addome, il petto, il collo e le braccia sono comunemente passionate. L'alterazione si presenta molto repentinamente, senza sintomi precursori e assume subito le sue note determinate; per lo più bastano poche ore al suo sviluppo. L'intensità del processo è varia; talvolta è leggiero, in altri casi è così grave da divenir origine di molta molestia. Può sparire e riapparire inaspettatamente, spesso senza causa apparente. Il prendere cibi o bevande calde frequentemente è una causa sufficiente ad aggravarla, o anche a produrre un'esplosione della malattia quando vi è una tendenza alla sua manifestazione. Amendue le varietà sono accompagnate da formicolio, da sensazioni di spine e di bruciore, che talvolta sono molto incommode.

**Etiologia.** — È cagionata dal caldo estremo; questo può derivare dall'uso di vesti superflue o da un'alta temperatura esterna. Si osserva la malattia molto sovente nella state nei varii climi, massime dopo un repentino sopraggiungere di un tempo estremamente caldo (1). La varietà papulosa è molto comune nei tropici onde il nome di *lichen tropicus*, — ove è molto più altamente sviluppata e grave che presso di noi. Ordinariamente si osserva negli individui che stanno bene in carne, che perspirano profusamente e nei fanciulli. Quelli che l'hanno avuto una volta sono soggetti a frequenti recidive. Le vesti in misura superiore al necessario, la flannela o altre vesti irritanti, i sotto-abiti che si adattano troppo strettamente al corpo e le fasce, sono tutte cause irritanti. D'altra parte la varietà vescicolosa, secondo la mia esperienza, tende a manifestarsi negli individui deboli e debilitati più che nei forti o vigorosi. Non è raro osservarla nei bambini e fanciulli deboli, infermicci, mal nutriti, massime nella state, quantunque si osservi altresì sovra essi in altre epoche dell'anno. I superflui sotto-abiti dei quali i bambini malaticci tanto spesso si sovraccaricano sono causa di miliare molto notevole. Io l'ho anche osservata negli adulti quando sono di cattiva salute, con prostrazione nervosa, con grave dispnea e debolezza generale.

**Patologia.** — La patologia delle due varietà di miliare è la stessa, — sono amendue alterazioni infiammative delle glandole sudoripare. In una varietà il processo tende alla formazione di papule, che hanno la loro sede negli orifici dei dotti escretori; mentre nell'altra varietà la tendenza è alla formazione di vescichette. La linea di separazione di queste lesioni però in molti casi è mal definita e perciò allora si osserva un insieme di papule e di vescichette. Il

---

(1) Quanto a questo argomento si può consultare un importante lavoro « On certain prevalent skin diseases of the summer of 1876 » del Dr. E. B. Bronson di New-York. *Archives of Dermatology*, Jan. 1877.

processo, considerato in complesso, tende alla formazione di vescichette. Si può paragonare molto opportunamente a quello che spesso ha luogo nell'eczema, in cui le papule e le vescichette stanno le une a fianco delle altre. Nei diversi individui si notano differenze relative alla manifestazione dell'una o dell'altra lesione. La miliare papulosa è rispetto alla miliare vescicolosa ciò che l'acne papulosa è rispetto all'acne pustolosa; sono semplicemente varietà o, in taluni casi, periodi dello stesso processo. La congestione, seguita da leggiera essudazioni, avviene nei dotti con grandissima rapidità ed in breve tempo dà origine a minute papule o vescichette, secondo i casi, che restano fino a tanto che la causa produttrice non è stata modificata, nel qual momento subito si riassorbono.

**Diagnosi.** — Nessuna difficoltà deve sorgere a conoscere la miliare, quando la natura e la sede dell'affezione si tengono presenti. La varietà papulosa ha sintomi speciali ed inoltre è una forma di malattia tanto comune e conosciuta che molto difficilmente si può confondere con altre lesioni. È provocata solamente da un calore eccessivo e repentino e perciò si presenta soltanto nella stagione estiva. Si può distinguere dall'eczema papuloso, col quale è molto facile confonderla, per la sua storia, per il suo corso e per i suoi sintomi subbiettivi. Si mostra sempre all'improvviso, si può manifestare nello spazio di una ora; l'eczema, d'altra parte, si manifesta, relativamente, con lentezza. Può continuare per ore o giorni, sparendo per lo più con la stessa celerità con cui si presentò. L'allontanamento della causa eccitante — il caldo — tende a far migliorare lo stato delle cose e spesso a far cessare completamente la malattia. L'eczema non subisce una pari influenza dalla cura, è più ostinato giacchè l'essudato è di un carattere diverso. Le papule dello eczema, oltre a ciò sono più grosse, più elevate e più resistenti di quelle della miliare.

La varietà vescicolosa si distingue dalle sudamina per la presenza di segni infiammativi (1). La stessa differenza vi è fra le sudamina e la miliare vescicolosa che vi è fra il comedone e l'acne. La presenza o la mancanza d'infiammazione denota l'una o l'altra malattia. Le sudamina e la miliare, si tenga a mente, sono separate semplicemente da note anatomiche, come avviene, per esempio, per l'eritema iridato e per l'erpate iridato, e per altre malattie. Non si deve confondere con l'eczema vescicoso, col quale, apparentemente, spesso ha una grande somiglianza. La storia della malattia, il suo subitaneo sopravvenire, la concomitante perspirazione generale, e, le speciali sensazioni di punture e di bruciore, ordinariamente basteranno a farla distinguere. Nella miliare si vede che ciascuna vescichetta, quando è abbastanza isolata, è circondata da un'areola; nello eczema tutta la superficie cutanea è più o meno infiammata. L'alterazione locale nell'eczema è sempre maggiore di quella che si nota nella miliare. La miliare tende ad apparire e sparire di giorno in giorno, in forma di attacchi acuti ripetuti; l'eczema per lo più ha un corso progressivo e determinato. Finalmente le vescichette della miliare non si rompono spontaneamente, quelle dell'eczema quasi sempre. Ritengo questo come un carattere distintivo, che chiara-

(1) Veggasi Sudamina, p. 86.



mente fa distinguere le due lesioni. Quando l'eczema si manifesta, e ciò può avvenire, mentre vi è la miliare vescicolosa, è tutto altro il caso; allora vi sono tutti i sintomi comuni dell'eczema vescicoloso e la malattia non si deve più ritenere come miliare. L'eruzione di scarlattina talvolta è complicata dalla manifestazione di miliare vescicolosa, che produce un'alterazione eritematosa, con minute vescichette e pustole. In tal caso la diagnosi può essere difficile, massime se i sintomi generali della scarlattina sono leggeri.

**Cura.** — La cura della miliare ordinariamente è semplice. I mezzi energici tendono a fare aumentare più che a far migliorare la malattia. Bisogna evitare le lavande irritanti e tutti gli unguenti, giacchè il loro uso favorisce la manifestazione dell'eczema artificiale. Bisogna attuare tutte le misure dirette a far scemare il sudore. Con una temperatura più bassa le glandole cessano di segregare eccessivamente; dietro di che, nella maggior parte dei casi, l'alterazione tende a finire spontaneamente. L'uso di diuretici refrigeranti, come il citrato, il nitrato, o l'acetato di potassa, molto allungati, sarà efficacissimo. Quando trattasi della varietà papulosa, l'allontanamento della causa, un appartamento fresco, il riposo assoluto, le vesti leggere, i cibi semplici, le bevande acidulate, e i lassativi salini ordinariamente procureranno una rapida guarigione. Nella varietà vescicolosa, quando continuano a manifestarsi nuovi gruppi di vescichette, i rimedii generali, come la chinina ed il ferro, si possono prescrivere.

La cura locale ha un valore molto rilevante. Le polveri assorbenti da aspergere, lycopodio, o parti eguali di ossido di zinco ed amido, saranno utilissime; si debbono applicare largamente e spesso. Le levande di astringenti miti si possono usare nei casi ostinati; la lotio nigra, l'estratto liquido di grindelia robusta, molto allungato, l'acqua di piombo o simili rimedii, passati sulle parti di quando in quando, saranno utili. I bagni o i lavacri alcalini si possono anche usare con vantaggio. Si dee impedire che l'infermo gratti o laceri la pelle, poichè in tal caso si aggrava molto il suo stato. Con una cura giudiziosa ordinariamente l'alterazione finisce in breve tempo. Quando vi ha una tendenza alle recidive, bisogna applicare per qualche tempo le misure profilattiche, dopo che è guarito l'attacco; le ricadute sono comuni. Non bisogna temere pericoli dalla retrocessione; quanto più presto cesserà la malattia tanto meglio se ne troverà l'infermo.

**Prognosi.** — Nel nostro clima l'alterazione raramente è ostinata. Se si trascura, però, può cangiarsi in dermatite o in eczema. È molto ribelle negl'individui che stanno bene in carne, e si manifesta nelle pieghe cutanee naturali, ove per necessità si risolve in intertrigo eritematoso. Nei fanciulli è una causa di molestia. Può rimanifestarsi negli anni successivi.

**DISIDROSI. — PONFOLICE.** — Col nome di disidrosi Fox (1) ha descritto una malattia più o meno infiammatoria, qualificata da vescichette e bolle speciali e da escoriazione cutanea, con macera-

(1) Loc. cit. p. 476; e British Medical Journal, Sept. 27, 1873,

zione e sfaldamento dell'epidermide. Consiste in punti minuti, isolati, vescicolosi, che sono profondamente impiantati sulla pelle. Non tendono a rompersi. Dopo che sono rimasti per parecchi giorni, aumentano di volume ed acquistano un colore giallastro ed allora rassomigliano a piccoli acini di sagu bolliti, impiantati sulla pelle. A misura che il processo va avanti, le vescichette divengono più distese ed elevate sul livello della cute circostante, finalmente confluiscono, e formano, nei casi gravi, piccole e grandi bolle irregolarmente conformate, che non presentano disposizione a rompersi e vuotarsi. Nel corso di alcuni giorni il liquido si versa fuori o si riassorbe, l'epidermide si desquama e lascia una superficie abrasa. La malattia primitivamente non è, in generale, accompagnata da evidenti segni d'infiammazione. Si manifesta su varie regioni del corpo, a preferenza sulle mani e sui piedi. Nella sua forma più leggera ordinariamente è circoscritta alle mani, presentandosi specialmente sui lati delle dita e sulle palme. Possono essere attaccate una mano o amendue. Dopo che l'alterazione ha durato per un certo tempo, la epidermide si macera e la pelle può ulcerarsi e produrre dolore. Nei casi gravi, secondo Fox, la eruzione si può propagare sul dorso delle mani e sulle braccia, con un corso simile a quello dello eczema. La lesione ordinariamente è accompagnata da prurito o da bruciore, che può essere molto leggiero o forte, secondo l'estensione e la gravezza del caso. Può continuare per settimane o per mesi. Le ricadute di quando in quando sono comuni. Quelli che soffrono questa alterazione generalmente sono soggetti a debolezza nervosa, a dispepsia e ad altre alterazioni depressanti. Si può confondere con l'eczema vescicoloso. La cura si deve dirigere contro lo stato generale dell'infermo. I rimedii locali di cui abbiamo discorso nel trattare dell'eczema acuto vescicoloso si possono adoperare. Nel nostro paese la malattia è rara.

Molta confusione vi è sulla natura della malattia. Secondo Fox e Crocker (1), ha sede nelle glandole sudoripare e consiste in un'esagerata distensione del dotto del sudore lungo tutto il suo tragitto, seguita da una raccolta del liquido entro la pelle. D'altra parte Hutchinson ed il Dr. Robinson hanno del pari descritto la malattia in questo modo, però dichiarano che non è relativa all'apparato perspiratorio e la chiamano cheiro-pontolice (2) e pontolice (3) per la tendenza a mostrarsi in forma di bolle, che talvolta rassomigliano a penfigo; nessuno di questi osservatori, però, ammette che essa abbia parentela col penfigo. La ritengono una nevrosi. Non è improbabile che si sieno confuse due malattie distinte e solo in questo modo posso comprendere la diversità delle opinioni emesse. Io di quando in quando ho veduto una forma leggiera di alterazione vescicolosa non infiammatoria sulle mani e

(1) Trans. of the Path. Soc. of London, 1878.

(2) Una bella figura di questa malattia si può vedere nelle Hutchinson's Illustrations of Clinical Surgery, Fasciculus III., Plate X. London, 1876.

(3) Il Dr. Robinson ha fatto un accurato studio clinico e microscopico del morbo, che egli ritiene identico alla disidrosi di Fox, e propone il nome di pontolice perchè più adatto di quello di cheiro-pontolice. Rimandiamo il lettore a questo articolo (Archives of Dermatology, vol. iii. No. 4, 1877) per ulteriori notizie sull'argomento.

sulle dita, che ho sempre ritenuto dipendere da disturbi nell'apparato sudorifero. Questa alterazione, volgare e rara nella mia pratica, credo che sia una forma mite della disidrosi di Fox. Conosco anche il cheiro-pomfolice di Hutchinson, di cui due evidentissimi casi in questo anno ho potuto osservare, ma non posso ammettere che abbia relazione di sorta coll'apparato delle glandole del sudore, o con la malattia sopra chiamata disidrosi. Nuovi casi ed ulteriori studii sono necessari prima di definirne la natura e di dare ad essa un posto nella classificazione.

### PENFIGO.

*Sin., Ted., Pemphigus; Blasenausschlag; Fr., Pemphigus.*

Il penfigo è una malattia acuta o cronica, infiammatoria, caratterizzata dalla formazione di una serie di bolle irregolarmente conformate, di grandezza variante da quella di un pisello a quella di un uovo.

**Sintomi.** — Vi sono due varietà di penfigo, che presentano sintomi di natura tanto diversa da richiedere una descrizione a parte. Esse portano il nome di penfigo volgare e di penfigo foliaceo. La prima di queste varietà si osserva comunemente e si dee ritenere come il tipo della malattia.

**PENFIGO VOLGARE.** — La malattia può attaccare tutte le porzioni del corpo, e mostra una tendenza notevole a mostrarsi senza regolarità di distribuzione su tutta la superficie cutanea, non restando immune nessun sito. È frequentissima, però, sugli arti. Può anche attaccare la mucosa orale e vaginale. Le lesioni sono dal principio alla fine bolle ed hanno note caratteristiche. Si formano lentamente o con rapidità; talvolta nel corso di un giorno. Il loro numero può variare da parecchie a delle dozzine; per l'ordinario se ne può osservare una mezza dozzina o più in qualunque periodo durante lo attacco, mentre altre volte se ne forma un maggior numero. Il loro volume varia da quello di un pisello a quello di una noce o di un uovo di oca; in uno stesso caso si possono osservare grandezze diverse. Per la forma sono rotonde od ovoidali e sono molto elevate sul livello della cute circostante, talvolta di un pollice. Le loro pareti generalmente sono distese da liquido al massimo grado, come se fossero state spiegate. Si distinguono dalla cute sana per una linea precisa di separazione. Il loro colore è giallastro ed il liquido diviene torbido o puriforme a misura che divengono antiche. Di raro si rompono spontaneamente. Tendono ad una disposizione speciale, ma appaiono qua e là, o isolatamente o insieme; di quando in quando, secondo Hebra inclinano ad aggrupparsi (1). Sono accompagnate da leggiera infiammazione, poichè la loro base, ordinariamente è soltanto arrossita; la cute circostante raramente è eritematosa. Ciascuna bolla compie il suo corso da uno a tre o sei giorni. Una particolare nota delle lesioni è la loro manifestazione successiva. Non appena ne sparisce un gruppo se ne mostra un altro e così il morbo segue la sua via. Vi ha prurito e bruciore, per lo più, ma leggeri, ed il prurito forse generalmente è il più accentuato. Talvolta, però, vi possono essere entrambe queste sen-

(1) Veggasi Hebra's Atlas of Skin Diseases, Lieferuug IX., Tafel 7.



sazioni in grado considerevole e produrre molta molestia (PENFIGO PRURIGINOSO). Nell'adulto il penfigo comunemente è accompagnato da alterazione generale dell'organismo soltanto nei casi gravi e nelle forme non ordinarie della malattia. Nei fanciulli, pertanto, vi è sempre febbre più o meno forte e disturbo generale.

La malattia può essere o acuta (PENFIGO ACUTO) o cronica (PENFIGO CRONICO); questo ultimo è il più comune. Il penfigo acuto, infatti, è rarissimo, tranne nei bambini, in cui ordinariamente compie la sua parabola in due o tre settimane. Il penfigo nell'adulto ha un corso essenzialmente cronico, poichè spesso dura per anni. Le epidemie di penfigo acuto nei bambini sono state riferite da Hamolle (1), da Barthel (2) e da Padosa (3) e da altri, ma è discutibile se alcuni di questi casi almeno si debbano ritenere piuttosto come esempj di impetigo contagiosa.

La malattia può essere benigna o maligna, secondo lo stato e la salute dell'infermo, secondo le condizioni igieniche in mezzo a cui trovasi, secondo la dieta ed altre cause che tendono a spiegare una influenza sul tipo della malattia generalmente. Il penfigo maligno (PEMPHIGUS MALIGNUS) è caratterizzato dalle grosse e numerose bolle, si formano molto rapidamente, confluiscono, si rompono e sono seguite da escoriazione che non di rado si trasforma in ulcerazione. Può versarsi fuori anche sangue che, insieme ad un esudato puriforme, si raccoglie sulla pelle in forma di croste. La salute dell'infermo in questi casi è sempre gravemente alterata. Vi possono essere prurito e bruciore in grado notevole. Se l'individuo è cachettico, la malattia tende ad un esito sfavorevole (PENFIGO CACHETTICO, PENFIGO CANCRENOZO).

PENFIGO FOLIACEO. — In questo le bolle differiscono da quelle del penfigo volgare in quanto che non sono distese o tese. Al contrario sono flaccide e soltanto parzialmente riempite di liquido, il quale sembra che mini l'epidermide piuttosto che sollevarla in bolle. Questa imperfetta formazione delle lesioni costituisce la principale specialità della malattia. Si rompono prima di giungere ad uno stato di pieno sviluppo; o l'epidermide si può distaccare tanto rapidamente dalla vera pelle che si formano bolle di forma irregolare, larghe, flosce, semi-piene, le quali subito collabiscono e si rompono. Inoltre possono confluire alterando così una grande superficie. Ordinariamente la maggior parte del corpo è attaccata e talvolta tutta la superficie cutanea (4). Le bolle si succedono le une alle altre con

(1) Gazette Hebdom., Nov. 13, 1874; riassunto negli Archives of Dermatology, Jan. 1875. Una relazione di una simile epidemia nel Lying-in Hospital di Lipsia, tolta dall'Archiv für Gynaekologie, si può trovare nel London Medical Record, June 3, 1874.

(2) St. Petersburg. Med. Wochenschr., Nro. 1, 1876.

(3) Giorn. Ital. d. Mal. Ven. e d. Pelle, xi. (1876), p. 30.

(4) Ricordo il caso di un uomo, di circa quaranta anni, e per tutto altro apparentemente di buona salute, il quale era tormentato da questa malattia nella sua forma diffusa. Non vi era un pollice quadrato di tessuto sano sulla sua pelle, essendo alterate anche le dita. Egli stava nell'Ospedale Generale di Vienna sotto la cura del Professore Hebra. Io notai il corso di questa malattia, di quando in quando, per un anno e mezzo, dopo del quale periodo di tempo l'ammalato era ancora in uno stato molto sofferente. Il bagno continuo di acqua semplice, nel

rapidità e persistenza, tanto più che le stesse regioni sono sede di attacchi ripetuti. In tal modo molte se ne formano continuamente prima che la pelle abbia avuto il tempo di ritornare alle sue condizioni normali. Sotto questo aspetto, quanto al suo corso, la malattia è simile allo eczema cronico vescicolare. Il liquido si dissecca immediatamente e forma scaglie biancastre che subito si distaccano e vanno via in quantità; sotto si osserva una superficie rossa, escoriata, — la rete ed il derma. Quando la malattia ha durato per un certo tempo la pelle presenta un aspetto bianco, squamoso, poi la epidermide è floscia, screpolata e ridotta a brandelli. È stata ben paragonata ad una scottatura superficiale. Il processo è invariabilmente cronico e può continuare per anni. Presto o tardi lo stato generale si altera notevolmente, sopraggiunge una profonda prostrazione e l'infermo può morire. Fortunatamente è una forma della malattia molto rara.

**Etiologia.** — Il penfigo non è un morbo comune. Io credo che sia meno frequente qui che nell'Europa. Secondo le statistiche dell'American Dermatological Association, soltanto 14 casi se ne osservarono su 16863 di malattie cutanee (1). White, a Boston, dice che ne ha osservato 15 casi su 5000 consecutivi di malattie cutanee nell'Ambulatorio, di cui una gran parte in bambini (2). Secondo la mia esperienza, la media dei casi a Filadelfia è anche minore. Si dice che si presenti in tutte le parti del mondo. Le cause sono oscure. La malattia è molto più comune nei fanciulli che negli adulti. Passato il periodo della infanzia e della fanciullezza si manifesta in tutte le epoche della vita, quasi con la stessa frequenza. Amendue i sessi ne sono attaccati nella stessa proporzione. Si mostra con eguale frequenza in tutte le stagioni dell'anno e sembra che non subisca l'influenza delle cause atmosferiche. I cibi, naturalmente, non hanno nessuna parte sulla sua produzione, quantunque un'alimentazione cattiva ed insufficiente possa in certi casi determinare la malattia. Un grave disturbo mestruale può esserne la causa e si è osservato che si mostra la prima volta durante la gravidanza. La depressione dello spirito precede, secondo le osservazioni fatte, il morbo. Bisogna ritenere come cause anche la debolezza generale e la prostrazione nervosa. La malattia non è contagiosa. La sifilide non è mai una causa di penfigo; essa però, come si sa, talvolta dà origine ad un'eruzione bollosa che rassomiglia al penfigo, ma con un treno di note cliniche diverse. Il così detto penfigo sifilitico (*PENFIGUS SYPHILITICUS*) è chiaramente un sifiloderma bolloso e non un vero penfigo.

**Patologia.** — La malattia consiste nella produzione successiva di bolle, che, secondo le osservazioni di Simon e di Hebra non differiscono affatto, quanto a struttura anatomica, dalle altre specie di bolle. Hebra (3) descrive il modo della loro manifestazione

---

quale visse per mesi gli procurò sollievo più di qualunque altro modo di cura. Qui sono stati riferiti casi da Sherwell, Archives of Dermatology, 1877; e da Graham, Canadian Jour. of Med. Science, June, 1879.

(1) New York, 1879.

(2) Boston Medical and Surgical Journal, March 23, 1876.

(3) Loc. cit., vol. ii. p. 388.

nel modo seguente. «Talvolta si forma un tratto circoscritto rosso-vivo, forse della estensione di una fava o di una grossa moneta; nel centro è più pallido e può anche presentare una sfumatura di bianco, che indica il punto in cui sta per formarsi la bolla e da cui si propagherà alla superficie rossa circostante. In altri casi il sito, oltre di essere rosso, è sollevato sul livello della cute circostante ed infatti a principio è un ponfo, che si cangia poi in bolla. In altri casi la bolla non è preceduta nè da un punto rosso, nè da un ponfo, ma comincia primitivamente come una scarsa raccolta di liquido chiaro sotto la cuticula. Così vi può essere l'iperemia della pelle prima che l'essudato venga fuori, o questo si può formare prima che si possa scovire una congestione dello strato papillare.» Il contenuto delle bolle è giallastro o senza colore e consiste in siero o, nei periodi più tardivi, in un liquido puriforme, talvolta vi è anche sangue. La reazione è, o neutra o alcalina. Quanto più antico è il liquido è tanto più alcalino. Le bolle, l'urina ed il sangue, sono state tutte sottoposte all'analisi chimica, ma senza appurar nulla circa l'intima natura della malattia. I rapporti del penfigo con l'impetigo erpetiforme sono stati studiati da Heitzmann (1) ed ha concluso che dipendono da analoghe, se non identiche cause, e che si devono ritenere come affini fra di loro. La mia esperienza mi fa essere della stessa opinione.

**Diagnosi.** — Non vi ha nessuna difficoltà nella diagnosi dei casi tipici. Bisogna ricordare, però, che la semplice presenza di bolle non costituisce per necessità il penfigo, tanto che talvolta si formano in altre malattie, non che con mezzi artificiali. Ma quando si tiene presente la loro manifestazione ed il loro corso e che nel penfigo si formano per gruppi successivi, la diagnosi ordinariamente si può fare.

Le così dette «eruzioni penfigoidi» che consistono in bolle di varia grandezza e forma, con o senza speciali caratteri, quanto a numero, distribuzione e corso, di quando in quando si osservano. Per la maggior parte hanno un'origine ed una natura oscura ed è difficile classificarle; quanto alla loro apparente somiglianza in alcuni casi col vero penfigo, sopra ne abbiamo discorso in generale. Come forme che si presentano insieme e confuse ordinariamente col penfigo bisogna ricordare certi casi di così detto impetigo erpetiforme, o di erpete impetiginiforme (Hebra), in cui le bolle si presentano diverse, sebbene poco, da quelle del penfigo.

L'erpete iridato talvolta rassomiglia molto al penfigo. Possiamo notare i seguenti punti di diversità fra di loro. Il penfigo nell'adulto per lo più è un'affezione cronica, che continua per mesi od anni; l'erpete iridato è sempre acuto e compie il suo corso in poche settimane. Nel penfigo si possono sempre osservare grosse bolle; nello erpete iridato le lesioni ordinariamente sono vescichette, che possono raggiungere la grandezza delle bolle. Gli svariati colori che accompagnano le vescichette e le bolle dell'erpete iridato, per tutto il suo corso, mancano nel penfigo, nè la pelle circostante in questa ultima malattia ordinariamente è così infiammata. Le vescichette dell'erpete iridato sono disposte concentricamente ed aumentano in

(1) Archives of Dermatology, January, 1878.



questo modo; le bolle del penfigo non tendono a questa disposizione. Nell'erpate iridato la sede della malattia — ordinariamente sulle braccia, sul dorso delle mani e sugli arti inferiori — è caratteristica; nel penfigo non vi è sede di predilezione. L'impetigo contagioso, massime nei bambini e nei fanciulli, può con facilità confondersi con la malattia di cui ci occupiamo, e, senza dubbio, molti casi di così detto penfigo acuto nei fanciulli in realtà sarebbero esempi di questa malattia.

La scabbia talvolta presenta larghe vescichette ed anche boile, ma i sintomi generali ed il corso del morbo la faranno sempre distinguere dal penfigo. È difficile confondere il penfigo con l'eczema. Il sifiloderma bolloso si dee distinguere dal penfigo per ciò che esso si dissecca e forma croste grosse, verdastre. Sotto queste croste vi è un'escoriazione o ulcera, che segrega un prodotto giallo-verdastro misto a sangue. Altri sintomi di sifilide (nei fanciulli come negli adulti) per lo più si possono trovare insieme al sifiloderma bolloso, che faranno evitare un errore circa la natura della lesione. Le bolle di erisipela difficilmente si possono confondere con quelle di penfigo.

Incontra talvolta che le bolle sono prodotte artificialmente dagli ammalati, allo scopo di simulare la malattia. I vari acidi più forti, massime il nitrico, fatti cadere a gocce o pennellati sulla pelle, producono queste lesioni, talvolta in modo perfettissimo (1). Quando si ha sospetto di ciò, si deve mettere l'infermo sotto sorveglianza ed allora subito si scovirà l'inganno, se vi è.

**Cura.** — La cura interna ed esterna è utile, ma specialmente la prima, che deve essere diretta contro la causa. Prima di ogni cosa deve essere studiato attentamente il caso, dopo di che la cura determinata più conveniente deve essere rigorosamente applicata. I rimedii generali sono importantissimi in tutti i casi in cui vi è cattiva salute generale, debolezza e prostrazione. Poi bisogna investigare i disordini funzionali ed esaminare accuratamente le varie secrezioni. L'arsenico è il più efficace rimedio che abbiamo per questa malattia. L'uso di esso deve essere prolungato. Hutchinson (2) lo ritiene specifico. La chinina è anche buona, massime in quei casi in cui le lesioni sono precedute da febbre; deve essere prescritta a larga dose. La dieta e l'igiene debbono essere vigilate. In molti casi vi è un'alterazione dello stato abituale di salute, che si fa spesso tornare alle pristina condizioni soltanto con un adatto nutrimento e con la osservanza delle leggi igieniche. Il cibo deve essere della migliore qualità e convenientemente preparato. Un'alimentazione animale che comprende la carne, le uova, il latte e la crema, deve essere data generosamente. L'olio di fegato di merluzzo si deve prescrivere in tutti i casi in cui lo stomaco lo tolle-

(1) Un caso di penfigo simulato in una giovanetta, nel Guy's Hospital di Londra, che il Dr. Fagge m'invitò a vedere, ora mi torna alla memoria. Le bolle erano numerose ed apparentemente in nulla differivano da quelle del penfigo genuino. Fu sospettata la simulazione, e consecutivamente l'osservazione dimostrò che erano state prodotte dall'acido nitrico, come che la giovanetta negasse ostinatamente tale loro origine.

(2) Veggasi il Medical Times and Gazette, vol. ii, 1875, pp. 461, 513, 565. È un' eccellente contribuzione all'argomento.

rerà. Sherwell raccomanda i pasti di semi di lino col latte, a dosi di 31<sup>re</sup> e riferisce due casi di guarigione (1): Il vino o la birra, in proporzionate quantità, talvolta possono del pari essere benefici. Il riposo, l'allontanamento dei disturbi morali, debbono essere assicurati, e, in fatti, bisogna procurare tutto ciò che può dare all'infermo la tranquillità del corpo e dello spirito.

La cura locale deve essere sempre studiata, poichè in certi casi ribelli per un certo tempo può costituire il solo mezzo di sollievo. Le bolle debbono essere punte e vuotate non appena si formano. La lotio nigra, il liquor picis alkalinus e l'estratto liquido di grindelia robusta, adoperati come nell'eczema, possono essere tutti impiegati. Una polvere d'aspergere composta di parti eguali di ossido di zinco e di amido è un'utile medicatura quando le lesioni si presentano sopra una larga superficie ed in gran numero e si possono applicare dopo che l'una o l'altra delle precedenti lavande è stata usata.

Il bagno è anche un metodo accettabile e benefico di cura. Si può fare o di acqua comune o medicato. In taluni casi producono beneficio i bagni di crusca, di amido e di gelatina. Hebra ha usato con vantaggio il bagno con cloruro corrosivo di mercurio, nella dose di due centigrammi per mezzo litro di acqua; anche la potassa, in forma di bagno, alla dose di tre centigrammi per mezzo litro di acqua. Si raccomanda eziandio il bagno di catrame.

Forse la migliore cura nei casi gravi è il bagno continuo, come si raccomanda da Hebra. Questo consiste nel permettere all'infermo di restare in un tino da bagno specialmente preparato per giorni, settimane o mesi, secondo i casi. Nel tino si debbono mettere materassi e guanciali di crini di cavallo su cui l'ammalato può riposare comodamente. L'acqua deve essere mantenuta sufficientemente calda e si deve cangiare di quando in quando nelle ventiquattro ore. Gli infermi generalmente provano gran sollievo nel bagno e lo preferiranno a qualsiasi altro mezzo di cura. Possono restar nell'acqua, mangiandovi e dormendovi e vivendovi, quasi per un periodo indefinito, senza che ne soffrisse lo stato generale (2).

Vi sono casi, però, in cui l'acqua non sembra indicata, o in cui non è prudenza usarla. In questi casi si possono ordinare gli unguenti semplici, e nessuno è migliore di quello di ossido di zinco o di diachilon, spalmato sopra tele e mantenuto sulla parte per mezzo di fasce.

**Prognosi.** — Nessuna malattia ha un corso più bizzarro o incerto del penfigo. Le recidive sono comuni. Negli adulti la prognosi

(1) L'uso dei semi di lino e dell'olio di semi di lino come agenti terapeutici nelle malattie catanee. Archives of Dermatology, oct. 1878.

(2) I bagni continui sono stati per alcuni anni dietro usati da Hebra, nelle cui mani sono stati un efficace mezzo di cura del penfigo. Circa alla lunghezza del tempo che gl'infermi hanno passato nell'acqua, per diverse malattie, Hebra li ha tenuti nel bagno ripetute volte per mesi (in taluni casi duecentosettanta giorni) a permanenza, permettendo loro di uscire dal bagno soltanto per compiere le defezioni alvine.

Per più minute notizie sul bagno e sulla sua durata veggasi l'opera del Prof. Hebra sulle malattie cutanee, Trans. of the New Syd. Society, London, vol. i. p. 320; non che la seconda edizione tedesca della stessa opera (1874), v. i p. 273.

deve essere sempre fatta con ponderazione. Hanno una gran parte la natura delle bolle, il loro numero, e la rapidità della formazione. Se sono flosce, formate imperfettamente e tendono a rompersi, la prognosi deve essere parimenti riservata. Gli attacchi febbrili ripetuti, e la insufficiente robustezza dell'organismo, sono indizii di prognosi sfavorevole. In tutti i casi fa d'uopo essere cauti a dare un'opinione, perchè la malattia implica un grave disturbo organico e nei casi gravi può finire con la morte (1).

### LICHEN RUBRO.

Il lichen rubro è una malattia infiammativa, caratterizzata da papule grandi quanto una testa di spillo o quanto un pisello, schiacciate ed angolose o acuminate, levigate e lucenti o squamose, rosso-scure, discrete o confluenti, che hanno un corso cronico, papuloso o papulo-squamoso e sono accompagnate da prurito più o meno forte.

**Sintomi.** — La malattia è una delle più singolari del gruppo papuloso, avendo aspetti che rendono il processo caratteristico. Si osservano due varietà, cioè il lichen rubro piano ed il lichen rubro acuminato, il primo dei quali qui è molto più frequente del secondo. Nel lichen rubro piano le papule hanno una grandezza che varia da quella di una testa di spillo a quella di mezzo pisello; quando parecchie hanno confluito, come ha luogo nell'ultimo periodo, si presentano in forma di piccole isole. Per la forma differiscono dalle altre papule, in quanto che di raro sono rotonde, ma sono quadrangolari o poligonali. Si elevano bruscamente sulla cute sana per mezza linea ad una linea, sono schiacciate nei loro apici, e generalmente mostrano una leggiera umbilicazione con punti biancastri. Al tatto sono resistenti. Nel loro primo periodo hanno una superficie levigata, senza squame, ed hanno un aspetto brillante o verniciato; più tardi, in quei casi in cui il processo passa in un periodo papulo-squamoso, vi può essere una notevole desquamazione. Per colore sono rosso-scure, chermisine o anche purpuree. Ordinariamente sono discrete, quantunque, quando sono numerose, tendano a confluire ed a formare isole; quando ciò avviene, perdono le note di papule e assumono l'aspetto di tratti d'infiltrazione elevati, schiacciati (2). Nel lichen rubro acuminato, come è stato indicato da Kaposi (3), le lesioni sono più piccole, acuminate, squamose, senza tendenza ad aggrupparsi e hanno la disposizione a propagarsi rapidamente. Questa forma della malattia è molto rara nel nostro paese. È stato riferito un caso dal Dr. White, di Boston (4). Ambedue le varietà si possono presentare insieme.

La malattia si può mostrare o in forma di aree circoscritte o

(1) Casi mortali sono stati riferiti da Neumann, Allg. Wiener Med. Zeitung, Nro. 37, 1876 (riportati nel Boston Med. and Surg. Journ., Dec. 7. 1876); e da T. C. Fox, Med. Times and Gazette, vol. i., 1877.

(2) Veggasi una lezione dell'Autore su questa varietà della malattia nel Philadelphia Medical Times, April 27, 1878. Sono stati presentati casi anche alla New York Dermatological Society; veggasi gli Archives of Dermatology, 1877. Una figura di lichen piano si vede nel Fox's Atlas of Skin Diseases, Plate 13.

(3) Wiener Med. Wochenschr., Nro. 35, 1877.

(4) Hospital Gazette and Archives of Clinical Surgery, Nov. 1877.



come un'eruzione diffusa, che passiona una larga parte della superficie cutanea. La forma circoscritta è quella che ordinariamente si osserva in questo paese. Qui le lesioni generalmente sono schiacciate, e consistono in uno, due o più aggregati, che possono trovarsi o sovra una limitata parte della pelle, per esempio sul braccio, o sovra regioni del tutto diverse del corpo. Possono essere disseminate o fittamente affollate in forma di un'isola solida. La forma diffusa (1), con lesioni ordinariamente acuminate, può occupare una parte del corpo o tutto, mostrandosi o come numerose alterazioni isolate o come estesi tratti di eruzione. Quando ciò ha luogo le papule comunemente sono piccole, della grandezza di una testa di spillo e sono appena coperte da squame sottili, biancastre, micacee. Generalmente vi è prurito in entrambe le varietà e può essere leggero o grave.

Il lichen piano ordinariamente si presenta sulle estremità; il lichen acuminato sul tronco. Il lichen piano forse si osserva nella maggior parte delle volte sulle avambraccia, e segnatamente sulle superficie di flessione dei carpi. Si manifesta talvolta anche sulle palme delle mani e sulle piante dei piedi e sul pene. Generalmente è più o meno simmetrico. Talvolta presentasi in forma di filiere, di fasce brevi o lunghe, strette o larghe, seguendo pur tuttavia i tronchi nervosi. Il corso della malattia è lento, poichè talvolta decorrono mesi senza che vi sia un cangiamento valutabile nelle lesioni, mentre il processo può continuare per anni. Di quando in quando manifestansi nuove lesioni. Quando spariscono le papule restano macchie pigmentarie violacee, rosso-scure o rosso-brunastre, che per lo più sono abbastanza persistenti. Questa pigmentazione, anche nel caso di lesioni discrete, ordinariamente è notevole. La forma grave ha anche un corso più cronico ed è accompagnata da un treno di sintomi gravi, con alterazione generale, marasma, e, talvolta, esito funesto.

**Etiologia.** — Le cause molte volte sono oscure. Wilson (2) è di opinione che la malattia si accompagni a sintomi di disturbo generale relativi ad errori dietetici e nutritivi, opinione che è divisa da Taylor (3). Gl'infermi, secondo la mia esperienza, generalmente soffrono di debolezza dipendente da una nutrizione inopportuna, da lavoro eccessivo, da depressione nervosa e simili condizioni. I sintomi nervosi sono spesso solenni. T. Colcott Fox (4) parla in favore della sua origine nervosa. La sua manifestazione a fasce, come sopra si è detto, conferma questa opinione. La malattia si presenta in tutti i periodi della vita, ma è più frequente durante l'età media. Secondo la mia esperienza e quella di Hutchinson (5) è più comune negli uomini che nelle donne. Kaposi d'altra parte l'ha notato più comune negli uomini (6). Qui è

(1) Questa varietà della malattia costituisce il Lichen Rubro di Hebra, come da lui fu primieramente descritto, e si osserva principalmente in Austria. Veggasi il suo Atlante delle malattie cutanee, Fascicolo III, Tav. II.

(2) Diseases of the Skin, London, 1867, p. 192.

(3) Archives of Dermatology, vol. i. No. 1.

(4) British Medical Journal, Aug. 23, 1879.

(5) Lectures on Clinical Surgery, London, 1879.

(6) Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten, p. 403, Wien, 1880.

una malattia rara. Secondo Wilson non è infrequente in Inghilterra (1).

**Patologia.** — La malattia si deve riguardare come un processo infiammatorio di natura cronica, accompagnato da notevole alterazione di struttura della pelle. In tutti i casi e per tutto il suo corso è una manifestazione papulosa. Gli studii microscopici per la maggior parte sono stati fatti sovra casi cronici. Secondo Neumann (2) e Biesiadecki (3) passiona quasi tutti gli strati della pelle non che le glandole sebacee ed i peli. Le cellule dell'epidermide sono accumulate in gran quantità e contengono una sostanza finamente granulosa. La rete è molto sviluppata sopra e sotto le papille edematose, che sono notevolmente ingrossate e contengono vasi sanguigni anormalmente grossi, lungo il cui tragitto vi ha una copiosa proliferazione cellulare.

Biesiadecki crede che ogni papula nella sua struttura generale risulti di due parti, una centrale, porzione atrofica, corrispondente all'ombelicazione che spesso si osserva clinicamente, ed una periferica, porzione succulenta, edematosa i cui aspetti fanno distinguere queste papule da quelle di altre malattie.

Importanti cangiamenti sono stati anche notati da amendue i suddetti autori e da Kaposi, relativamente alle radici dei piccoli peli, i quali si è veduto che terminano bruscamente in forma di espansioni simili a fiocchi. Le guaine delle radici sono state trovate inoltre molto ipertrofizzate intorno alle radici dei peli e distese da infiltrazione cellulare tanto da formare estremità nodose in forma di clava. La malattia senza dubbio ha il suo punto di partenza nei follicoli.

**Diagnosi.** — Il lichen rubro si può confondere col sifiloderma papuloso, col lichen scrofoloso, con la psoriasi e con l'eczema papuloso. Nella varietà piana i confini irregolari, angolosi delle lesioni e i loro apici schiacciati, leggermente umbilicati, levigati o squamosi e di colore rosso scuro, sono, però, note abbastanza qualificative per distinguere la malattia da altre affezioni. Le papule dell'eczema papuloso, con cui hanno moltissima somiglianza, sono rotondeggianti, alquanto acuminate, rosso-vive, producono molto prurito ed hanno una storia diversa da quella del lichen piano.

**Cura.** — Una cura generale tonica e ricostituente è necessaria nella maggior parte dei casi. L'arsenico è il più eccellente rimedio e si può ritenere quasi come uno specifico. La dose, sulle prime piccola, deve essere aumentata di quando in quando, e se ne deve prolungare l'uso. I preparati di ferro e l'olio di fegato di merluzzo, sono anche utili. Quanto più presto si comincia la cura nel corso della malattia, tanto più rapida sarà la guarigione; i casi che durano da lungo tempo sono estremamente ostinati, poichè continuano per lunghi periodi ed i rimedii, che di buon'ora sarebbero stati efficaci, non vi hanno che una leggiera influenza. Le misure

(1) Veggasi un importante lavoro di Wilson che riporta molti casi, nel *Journal of Cutaneous Medicine*, vol. iii. No. 10, 1869. Wilson fu il primo che descrisse la malattia in Inghilterra e la chiamò *Lichen Planus*.

(2) Loc. cit., p. 238.

(3) Untersuchungen aus dem Pathologisch-Anatomischen Institute in Krakau, p. 32. Wien, 1872.

igieniche, adattate ai bisogni di ciascun caso, coadiuveranno ad ottenere un buon risultato. Bisogna prescrivere la migliore alimentazione e cercare di far migliorare lo stato generale dell'infermo.

Localmente gli unguenti semplici, l'unguento di petrolio o di catrame; le lavande alcaline ed i bagni catramati; i lavacri di acido carbolico e di timol, alla dose di 3<sup>re</sup>,80 a 11<sup>re</sup>,40 per mezzo litro; il liquor picis alkalinus, allungato, il sublimato corrosivo in forma di lavanda, e l'acido idrocianico allungato con l'acqua, si possono adoperare. Oltre a questi mezzi i varii rimedii stimolanti utili nell'eczema, si possono prescrivere con la speranza di successo.

**Prognosi.** — Questa è relativa alla gravezza del caso, alla estensione della superficie cutanea alterata ed alla durata della malattia. Quando le lesioni sono circoscritte e non diffuse la prognosi è favorevole. Nella forma diffusa la malattia generalmente è invincibile. Nei casi gravi può aver luogo il marasma e la morte.

### PRURIGO.

*Sin., Ted., Prurigo (Hebra); Juckblattern; Fr., Strophulus Prurigineux (Hardy); Scrofulide Boutonneuse Bénigne (Bazin).*

Il prurigo è una malattia cronica, infiammatoria, caratterizzata da papule numerose, discrete, rotonde, della grandezza di un piccolo mezzo pisello, solide, impiantate solidamente, poco protuberanti, rosso-pallide, accompagnate da ingrossamento generale della pelle e da prurito forte e costante.

**Sintomi.** — La malattia comincia con la lenta e graduale formazione di piccole eminenze solide, che hanno la loro sede nella pelle stessa, e sembrano situate sotto l'epidermide. A principio spesso sono tanto leggermente protuberanti da sfuggire all'osservazione, ma si possono sentire se vi si passa sopra il dito. Quando hanno raggiunto il loro pieno sviluppo sono rotonde, protuberanti soltanto in un'estensione molto limitata, quasi eguali ad un acino di miglio o ad un piccolo mezzo pisello. Sono solide ed il dito può sentirle come depositi solidi nella cute. Sono discrete, avvegnachè sovente vicinissime; non sono mai aggruppate, ma sono più o meno irregolarmente distribuite. Sono rosso-pallide o del colore della pelle normale circostante. Spesso sono coperte da epidermide squamosa, secca, aggrinzita, ma non mai da vere squame. Spesso sono perforate da piccoli peli.

L'eruzione è accompagnata da intenso prurito, il quale si manifesta subito e resta per tutto il corso della malattia. Ordinariamente è così violento che l'infermo non può frenarsi dal grattarsi e perciò lacera le lesioni, in generale prima che si sieno completamente costituite. Per il grattare ripetuto e prolungato gli apici delle papule si rompono ed emettono una piccola quantità di siero sanguigno che forma una crosta; onde in ogni periodo si osservano queste croste di sangue e costituiscono lesioni secondarie costanti. A misura che il morbo progredisce il prurito e il grattare aumentano a tal grado che ne seguono escoriazioni. Con l'andar del tempo ha luogo uno speciale ingrossamento della pelle, accompagnato da indurimento della sua superficie, che è caratteristico della malattia, nei gravi casi si può riconoscere col tatto. Invariabilmente è molto accentuato sulle estremità inferiori. Ivi i peli o sono rotti o sono



strappati dai loro follicoli, a causa del grattamento. Ordinariamente si osserva anche una pigmentazione.

La malattia ha le sue sedi di predilezione, poichè attacca a preferenza le superficie dell'estensione delle estremità inferiori, massime la regione tibiale. Le braccia, segnatamente le avambraccia, sono attaccate, per ordine di frequenza, dopo le gambe, e finalmente il tronco. Il capo raramente, se non mai, è passionato; le palme delle mani e le piante dei piedi non si ammalano mai. Nei casi gravi, per la grande irritazione e relativo grattamento, le glandole della regione inguinale s'ingrossano simmetricamente e costituiscono « i bubboni da prurigo », come li chiamò Hebra.

La malattia quasi invariabilmente erompe nella prima età; secondo Kaposi, nel primo o secondo anno, ed in forma di urticaria. Ha un corso ostinato e cronico, giacchè per lo più dura tutta la vita. A causa dell'eccessivo grattamento può essere talora provocato l'eczema, non che per l'uso di forti irritanti e caustici cutanei che qualche volta si adoperano come rimedii contro la malattia.

**Etiologia.** — Il morbo è rarissimo e quasi sconosciuto negli Stati Uniti (1). Soltanto accidentalmente si osserva in Francia ed in Inghilterra (2), ma è frequente in Austria, ove si può dire che ha il suo domicilio. Non è ereditario come che si mostri sempre nella prima età, generalmente prima dei dieci anni, ned è contagioso. Secondo Hebra si osserva più spesso negli uomini che nelle donne. È una malattia dei poveri; le sue cause stanno nell'impoverimento organico, cagionato dalla cattiva alimentazione, da una cattiva igiene e dalla negligenza generale della persona. Hebra giustamente osserva che « indubbiamente manifestasi, quasi esclusivamente, nei poveri ed in coloro che sono malnutriti nella fanciullezza e perciò spessissimo nei fanciulli esposti e poveri. Coloro che nella prima età hanno avuto una buona educazione fisica e sono stati sempre ben nutriti secondo la loro età, in realtà molto di raro vanno soggetti a prurigo ». Talvolta, pertanto, si nota nelle classi superiori. La malattia nella state è men grave dell'inverno. Dopo quanto abbiamo detto è appena necessario far osservare che *non è mai* prodotta da pidocchi o da altri parassiti.

**Patologia.** — L'anatomia microscopica della papula di prurigo è stata attentamente studiata da Hebra, da R. H. Derby (3), da Neumann (4), da Guy e da Kaposi (5). I risultati però non di-

(1) Due casi osservati in questo paese trovansi registrati nell' Amer. Jour. of Syph. and Derm., vol. IV. p. 21, 1873. riportati da Wigglesworth, di Boston, e negli Archives of Dermatology, vol. IV. No. 2 (1877) da Campbell di New York.

(2) Fra molte migliaia di casi di malattie cutanee che alcuni anni dietro ho avuto l'opportunità di osservare nell'ospedale S. Luigi a Parigi, si notò soltanto un caso di prurigo di Hebra. Trattavasi di un ragazzo di circa 16 anni e ne era un esempio rilevante. Il Prof. Hardy, che era presente, mi disse che egli chiamava quella malattia Strophulus prurigneux. A Londra, fra moltissimi casi di malattie cutanee osservate nei varii ospedali ed ambulatorii speciali, non ricordo di aver veduto questa malattia.

(3) Sitzungsberichte der Kais. Akad. d. Wissenschaft, 1871. Wien, Febr. Heft, 1869.

(4) Archiv für Derm. und Syph., Erstes Heft, 1871. Tradotto nell' Amer. Jour. of Derm. and Syph., vol. ii. p. 261.

(5) Loc. cit., p. 445.

mostrano che il processo non ha note anatomiche speciali. Le lesioni non differiscono che poco da quelle dell'eczema papuloso. Le opinioni di Neumann e di Gay sono identiche quanto all'origine della malattia; ma questi osservatori sostengono che il processo cominci nello strato papillare, giacchè la papula è formata da una accumulazione circoscritta di giovani cellule, con una certa quantità di essudato liquido amorfo. A misura che la malattia progredisce, l'epidermide e la rete si sviluppano molto e sono più o meno pigmentate. Nei casi cronici tutto lo strato papillare ed il derma sono ipertrofici e molto ingrossati per la formazione di tessuto connettivo resistente; le glandole sudoripare ed i vasi sono ingrossati; la guaina esterna della radice è aumentata notevolmente ed i follicoli piliferi sono dilatati in forma di clava.

**Diagnosi.** — Se le note speciali del prurigo si tengono ben presenti, non può sorgere nessuna difficoltà nella diagnosi. È una malattia caratteristica, ben definita, la quale non ha rapporti di sorta con le affezioni con cui il prurigo è stato da lungo tempo confuso, — cioè col prurito e la pediculosi. Queste due ultime affezioni hanno caratteri del tutto diversi da quelli del prurigo. Bisogna anche ricordare che il prurigo in questo paese è una malattia estremamente rara. Si può distinguere il prurigo dal prurito per la presenza di papule, che sono primarie; nel prurito non vi è nessuna papula, tranne quelle prodotte dal grattamento, che, naturalmente, sono secondarie. Le croste di sangue trovansi tanto nel prurigo quanto nel prurito; esse pertanto sono molto più numerose nel prurigo e si osservano sugli apici delle papule squarciate e rotte. Il prurigo è sempre accompagnato da notevole ingrossamento della pelle, ciò che raramente ha luogo nel prurito. La speciale durezza della cute nel prurigo cronico è caratteristica e non vi è mai nel prurito. Le regioni attaccate nel prurigo son diverse da quelle che per lo più predilige il prurito; nella prima malattia le estremità, più specialmente le superficie dell'estensione di queste, sono alterate, mentre nel secondo possono essere sede dell'affezione il tronco e tutte le parti del corpo.

Il prurito del prurigo è più forte e costante di quello del prurito e si calma soltanto coi mezzi che agiscono sullo strato papillare della pelle stessa, come ad esempio, violento grattamento o caustici. Il prurigo continua per tutta la vita; il prurito ha un corso molto variabile e frequentemente sparisce, con o senza cura. Il prurigo si osserva quasi esclusivamente negl'individui poveri mal nutriti; il prurito spesso si nota in coloro che hanno una buona salute e la sua causa ordinariamente sta in qualche disordine funzionale dell'organismo.

Il prurigo non si deve confondere con la pediculosi. Le due malattie non hanno nulla di comune. I pidocchi non vi sono mai nel prurigo; essi sono causa soltanto della pediculosi e perciò vi sono sempre. Talvolta nella pediculosi si vedono piccole papule coperte da croste sanguigne dipendenti dal grattamento e dall'infiammazione dei follicoli; ma esse sono molto diverse dalle papule del prurigo, tanto per aspetto quanto per corso. Le così dette papule della pediculosi dipendono dalle ferite dei pidocchi e dal relativo grattamento della parte.

Il prurigo si può confondere con l'eczema. Come si è già detto, l'eczema può esservi come complicazione, massime quando il prurigo è grave; in questo caso la malattia resterà dopo che l'eczema sarà cessato. Le due malattie sono, però, tanto diverse da non permettere una confusione se non quando si manifestano insieme ed anche in tal caso si possono generalmente distinguere. Le papule del prurigo hanno un corso molto diverso da quello dell'eczema (1).

**Cura.** — Dallo studio della causa della malattia risulta evidentemente che bisogna rivolgere l'attenzione immediatamente sullo stato generale dell'infermo. La dieta sarà composta dai cibi più nutrienti. Saranno attuate rigorose misure igieniche e si prenderà in esame tutto ciò che tenderà a far migliorare lo stato di salute dello infermo. Il ferro, la chinina e segnatamente l'olio di fegato di merluzzo si debbono prescrivere a larghe dosi. Questo piano generale di cura deve essere continuato, giacchè il morbo è estremamente ostinato e migliorerà soltanto con le più energiche misure. Si trarrà molto vantaggio dai rimedii esterni, fra cui bisogna principalmente ricordare le varie specie di bagni, semplici e medicati. Il catrame e lo zolfo sono i due rimedii più efficaci. L'unguento di Wilkinson, come è stato modificato da Hebra (2) si può usare e lo raccomandano molto Hebra, Kaposi e Neumann (3).

**Prognosi.** — La malattia è molto ostinata, giacchè ordinariamente dura per anni o per tutta la vita. Si dice che sia guaribile nei fanciulli, ma è molto difficile che guarisca quando ha durato fino all'età adulta.

### LICHEN SCROFOLOSO.

Il lichen scrofoloso è una malattia cronica infiammatoria, qualificata da papule quanto acini di miglio, schiacciate, rossastre o giallastre, più o meno aggruppate, che si desquamano, senza prurito e che si manifestano in coloro che hanno una costituzione scrofolosa.

**Sintomi.** — Le papule sono sempre piccole, non sono mai più

---

(1) Bisogna osservare che l'Autore ha idee sul prurigo molto diverse da quelle della maggior parte degli scrittori Inglesi ed Americani. La malattia, come è stata descritta, è speciale, ha una particolare storia clinica e perciò deve essere distinta dalle altre affezioni con cui per lungo tempo è stata confusa. Il prurigo, il prurito e la pediculosi sono tre alterazioni molto diverse; eppure basta rivolgere uno sguardo alla letteratura odierna per scorgervi una deplorabile confusione. La difficoltà è sorta dal fatto che il prurigo, come è descritto dagli scrittori Tedeschi, è una malattia tanto rara in Inghilterra e negli Stati Uniti che appena si osserva qualche volta in questi paesi e perciò è sconosciuta ai dermatologi. Il prurito e la pediculosi del corpo però sono abbastanza comuni e spesso sono accompagnati dalla formazione di eminenze iperemiche (massime sui follicoli) seguite da croste sanguigne a causa del grattamento, le quali lesioni, molto erroneamente, sono state chiamate papule di prurigo. In questo modo, per gravi complicazioni, sono stati usati indifferentemente i nomi di queste tre malattie. Il Dr. Fox, nell'ultima edizione della sua opera, è il primo scrittore inglese che ha tentato di tirare una linea di separazione fra queste affezioni.

(2) Veggasi la formola nel capitolo sulla scabbia.

(3) Per una minuta descrizione dei varii metodi di cura usati contro questa malattia veggasi l'importante relazione di Hebra nella sua opera.



grosse di una testa di spillo. Sono rosso-pallide, rossastre o giallastre; talvolta, per l'accumulazione di minute squame sui loro apici, presentano un aspetto grigiastro. Hanno una disposizione più o meno notevole ad aggrupparsi, formando isole rotondeggianti o semilunari di varia grandezza in diverse parti del corpo, le quali quando hanno durato per qualche tempo per lo più sono coperte da minute squame biancastre. Quando si esaminano intimamente le lesioni, si vede che stanno nei follicoli piliferi. Sono accompagnate da leggiero prurito, ovvero questo manca.

La malattia si manifesta principalmente sul tronco, più specialmente sulle regioni del petto e dello addome, più di raro sugli arti. Il suo corso è cronico, giacchè le singole lesioni con lentezza spariscono; possono durare per anni, guarendo gradatamente le antiche papule e formandosene altre nuove. La pelle in generale è secca, un po' dura ed ha una tinta giallastra (1).

**Etiologia.**—La malattia certamente è molto rara in questo paese; io non l'ho incontrata nella mia pratica. È frequentissima in Austria, ove fu descritta la prima volta da Hebra. La sua causa sta nell'abito scrofoloso, poichè quasi tutti coloro in cui si osserva hanno ingrossamenti glandolari, ulcere, o malattie ossee. Secondo Kaposi questa cachessia generale si osserva in quasi il novanta per cento dei casi (2). Si nota nei giovani e più specialmente nel periodo della pubertà. Hebra la vide molto più spesso sovra uomini che sovra donne.

**Patologia.**—L'anatomia delle lesioni, escise dal vivo, è stata studiata da Kaposi (3) ed è la seguente. Ciascuna papula sta sulla apertura di un follicolo pilifero. Il processo patologico è una infiammazione ed un'infiltrazione cellulare nei follicoli piliferi ed intorno ad essi, nelle glandole sebacee, e nelle papille che stanno attorno alle aperture dei follicoli. Kaposi dice che l'infiammazione cominci da prima intorno ai vasi ed alle basi dei follicoli e delle glandole e più tardi attacchi le parti interne di questi siti. Le cellule si raccolgono entro i follicoli e le glandole in tanta copia da distenderli molto, formando così papule e in ultimo ha luogo la separazione del pelo dalla sua guaina. Il processo può cessare senza che restino cicatrici, o, d'altra parte, può essere seguito da una specie d'incavo, depressioni atrofiche nella sede dei follicoli.

**Diagnosi.**—La malattia non si deve confondere con l'eczema papuloso, da cui materialmente differisce per la mancanza di prurito. Si deve anche distinguere dal lichen rubro, dal piccolo sifiloderma papuloso e dalla cheratosi pilari con cui ha somiglianza.

**Cura.**—La malattia è sempre vinta dalla cura. L'olio di fegato di merluzzo, internamente ed esternamente, è il rimedio che si raccomanda e che, secondo Hebra, riesce sempre a mitigare la malattia.

(1) Una figura di questa malattia trovasi nell'«Atlas der Hautkrankheiten» Lieferung III., Tafel 3, di Hebra.

(2) Loc. cit., p. 396.

(3) Lehrbuch der Hautkrankheiten, Hebra und Kaposi. Erster Band, Zweite Auflage, 1874, p. 385.

## ACNE.

*Sin.*, Acne Vulgaris; Acne Disseminata; Varus; *Ingl.*, Stone-pock; Whelk; *Ted.*, Finnen; *Fr.*, Acné; Acné Boutonneuse.

L'acne è una malattia delle glandole sebacee, infiammatoria, ordinariamente cronica, caratterizzata dalla formazione di papule, di tubercoli o di pustole o dalla concomitanza di queste lesioni, e si manifesta per lo più sulla faccia.

**Sintomi.** — L'acne si può presentare sola, come una malattia ben definita, o insieme ad altre affezioni delle glandole sebacee, come ad esempio il comedone e la seborrea. Si mostra in forma di eminenze grosse quanto una testa di spillo o quanto un pisello, situate attorno alle aperture dei follicoli piliferi e delle glandole sebacee, e possono essere di natura papulosa, tubercolosa o pustolosa. Ordinariamente in questa malattia si vedono papule e pustole in tutti i periodi di sviluppo, dalla semplice flogosi incipiente della glandola alla flogosi suppurativa. Sono più o meno acutamente infiammate, ma di raro si accompagnano a bruciore o a prurito. Per lo più non danno origine a sintomi subiettivi. Talvolta, quando si toccano, si prova una sensazione dolorosa. Sono rosso-vive, o rosso-scure o violacee, ordinariamente con un punto centrale suppurante. Il numero delle lesioni varia estremamente; possono essere soltanto due, tre o mezza dozzina, o come generalmente avviene, possono essere molto numerose. L'infiammazione può essere superficiale o può propagarsi profondamente nelle glandole, cagionando notevole turgore e molestia; talvolta si formano ascessi. La infiammazione inoltre può essere acuta o cronica, compiendo il suo corso o rapidamente in pochi giorni, o lentamente in alcune settimane. La malattia in complesso è quasi sempre cronica, formandosi di quando in quando gruppi di papule e di pustole e continuando ciò spesso per anni. Secondo che l'alterazione è stata più o meno suppurativa resteranno cicatrici, che possono essere leggiere o deformanti.

L'acne si può manifestare su qualunque parte del corpo fuorché sulle palme delle mani e sulle piante dei piedi, ma ha una notevole predilezione per certe regioni. La sua sede comune è sulla faccia; si osserva anche frequentemente sul collo, sulle spalle e sul dorso. Si presenta su tutte le parti della faccia e specialmente sulla fronte, sulle guance e sul mento. In alcuni casi le spalle sono attaccate allo stesso tempo della faccia. La eruzione non ha una regolarità di distribuzione, però ordinariamente è simmetrica.

Lo sviluppo e l'aspetto generale della malattia variano molto e costituisce o una leggiera alterazione o un grave disturbo, accompagnato da considerevole sfiguramento. È una delle più comuni affezioni cutanee. Si presenta soprattutto nei giovani d'ambo i sessi e per lo più nella pubertà. Di raro si manifesta prima di questo periodo della vita e dopo l'età matura. Talvolta, pertanto, si manifesta per la prima volta in un periodo tardivo. Ora possiamo occuparci delle varietà di acne costituite secondo le lesioni anatomiche che comunemente si osservano.

**ACNE PAPULOSO.** — Questa varietà consiste nella formazione di papule grosse quanto una testa di spillo o quanto un pisello, più

o meno acuminate, sulle aperture dei dotti sebacei. Generalmente sono piccole, talvolta come nella miliare, e partecipano un poco della natura dei comedoni, con cui si accompagnano spesso. Il grado dell'inflammazione per lo più è leggiero. Un punto biancastro o nerastro si può frequentemente vedere nel centro della papula, che ha dato l'origine al nome di ACNE PUNCTATA e questo punto indica l'apertura del dotto della glandola sebacea. Generalmente sono numerose e sparse sulle varie parti della faccia; la loro sede comune è sulla fronte. Qua e là ordinariamente trovansi papulo-pustole ed anche pustole, in varii periodi di sviluppo. L'acne papuloso è la varietà meno sviluppata della malattia.

ACNE PUSTOLOSO. — Questa è la varietà tipica. Si può manifestare in tutti i gradi di sviluppo, dalla grandezza di una testa di spillo a quella di mezzo pisello. Ogni acne tende ad assumere questa forma, ma raramente incontra che il processo sia totalmente pustoloso, giacchè per lo più si vedono lesioni intermedie, come papule e papulo-pustole. Il grado della suppurazione varia; essa può essere scarsa o copiosa. Le pustole ordinariamente si formano con rapidità e terminano o con l'emissione del loro contenuto per l'azione di mezzi meccanici o con l'assorbimento e la disseccazione. Quanto alla forma sono rotonde o acuminate e sono circondate da un prodotto infiammatorio situato profondamente o superficiale. Secondo il grado dell'inflammazione periferica la pustola avrà una base insignificante o dura; quando è molto dura la malattia chiamasi ACNE INDURATO e in questa è passionato il connettivo sottocutaneo, in certi casi tanto da produrre notevole tumefazione. Le parole ACNE ATROFICO ed ACNE IPERTROFICO sono state applicate per indicare le conseguenze dell'acne in alcuni casi; nel primo caso la malattia è seguita da notevole atrofia dei dotti delle glandole, in forma di depressioni, e nel secondo dall'ipertrofia del connettivo glandolare.

ACNE ARTIFICIALE. — Con questo nome s'indicano parecchie specie di acne prodotte da sostanze medicinali, che sono state prese internamente o applicate all'esterno. In certi individui il catrame, esternamente usato, produce talvolta un'inflammazione delle glandole sebacee che continua fino a che la pelle è esposta alla sua influenza. Si osserva in coloro i quali maneggiano il catrame. È caratterizzata da un punto nerastro, deposito di catrame, nel centro della pustola. Insieme a ciò vi ha maggiore o minore inflammatione generale di tutta la cute. I preparati di iodo e di bromo presi internamente sono altresì causa di alterazione glandolare. La eruzione talvolta è di natura grave, passionando e distruggendo tutti i tessuti sebacei. Ne parleremo più a lungo a proposito delle eruzioni medicinali.

**Etiologia.** — Le cause che possono dare origine all'acne sono numerose, e sono di natura molto diversa. L'alterazione può essere prodotta da agenti che operano direttamente sulla pelle, o, come incontra più frequentemente, da cause lontane dalla sede della malattia. Prima di parlare di questa bisogna ricordare alcuni fatti che l'osservazione ha fatto rilevare. L'acne si manifesta in ambo i sessi, quasi nella stessa proporzione. È più comune in coloro che hanno una pelle bianca che in coloro che l'hanno scura. La causa



più frequente dell'acne è la pubertà. La malattia si manifesta la prima volta in questo periodo della vita e può continuare fino a che l'organismo non entra in una fase di riposo. Nella pubertà appunto tutte le glandole sebacee sono straordinariamente attive; allora cominciano anche a svilupparsi i peli e necessariamente determinano un aumentato sviluppo di cellule nei follicoli. Tutto il sistema sebaceo subisce un grande cangiamento fisiologico che può aver luogo tranquillamente senza produrre alterazione, o, come avviene spesso, può essere di natura tanto violenta da dare origine a qualcuna delle malattie funzionali delle glandole e ad acne di notevole grado.

Fra le cause che talvolta producono l'affezione si possono ricordare la scrofola e la debolezza generale. Sotto questo ultimo nome si possono aggruppare tutti quegli stati anormali che derivano da imperfetto sviluppo fisico, da inadatta nutrizione e da altre irregolarità dell'organismo, sia anatomiche che funzionali. La malattia prodotta da una di queste cause generalmente è della varietà pustolosa e si chiama ACNE CACHETTICO. Sotto questo rapporto possiamo annoverare fra le cause l'anemia e la clorosi, poichè entrambi favoriscono lo sviluppo di un'alterazione funzionale del sistema sebaceo.

Una delle cause più comuni dell'acne è l'abituale irregolarità del tubo digerente. L'esperienza di molti casi insegna ciò a chiare note. I disordini dello stomaco e dell'intestino, inclusa la dispepsia e la costipazione, si debbono annoverare fra le più frequenti ed efficaci cause del morbo. In alcuni casi, anche leggieri alterazioni dello intestino bastano a provocare le lesioni, che miglioreranno o peggioreranno a misura che lo stato interno migliorerà o peggiorerà.

I disordini uterini, massime quelli di ordine funzionale, sono eziandio una causa diretta di alcuni casi di acne. Vi sono altresì casi in cui è estremamente difficile, se non impossibile, trovar la causa della malattia, giacchè l'infermo per tutto il resto sembra in istato di buona salute. Questi casi non sono rari. Oltre delle cause suddette, l'acne può dipendere, come si è detto, dall'uso interno di certe sostanze medicamentose. Il iodo ed il bromo sono entrambi causa frequente di un'eruzione in forma di acne, che talvolta non differisce se non leggermente dall'acne comune. Fra gli agenti esterni, il catrame talvolta produce una forma di acne, che è uno stato flogistico delle glandole e dei follicoli.

**Patologia.** — Sulla natura anatomica dell'acne non può sorgere questione. Il processo comincia ed ha sede nelle glandole sebacee e nei follicoli cutanei. È un morbo infiammativo che passiona gli elementi glandolari ed il tessuto circostante. Il processo per ciascuna papula o pustola è per lo più acuto, ha un corso definito e finisce o con l'assorbimento o con la suppurazione. Il primo periodo nella formazione della lesione consiste in una ritenzione della secrezione. Questo è subito seguito da iperemia ed essudazione nella glandola e segnatamente nelle sue pareti. Il tessuto connettivo glandolare s'infiltra di cellule ed ha luogo un'infiammazione più o meno attiva, che presto oggardi, generalmente, finisce con la suppurazione. L'intensità dell'infiammazione varia; se è attiva, la glandola ed il follicolo si possono distruggere lasciando una cicatrice. Il

grado dell'inflamazione determina le due varietà di acne sopra descritte e talvolta certe altre particolarità anatomiche concomitanti, come indurimento ed ipertrofia.

**Diagnosi.** — I principali caratteri e la storia dell'acne sono così ben definiti nella maggior parte dei casi che non fanno sorgere difficoltà nella diagnosi. L'età dell'infermo, il sito passionato e la sede anatomica della lesione, il suo corso cronico, l'apparire e sparire delle lesioni in un breve periodo, non che la loro natura flogistica, sono cose da tener presenti nei casi dubbii. Talfiata può esservi difficoltà a riconoscere l'acne artificiale. Quello cagionato dal catrame si può conoscere dalla presenza di questa sostanza sull'ammalato, potendosi scovire per l'odore suo speciale e per i punti nerastrì sulle aperture dei follicoli. L'acne del iodo e del bromo è infiammatorio in alto grado; si vede su tutte le parti del corpo e generalmente è diffuso e maligno. L'acne bromico specialmente talvolta è caratterizzato da aree flogistiche di varia estensione, che talvolta si covrono di croste sebacee.

L'acne spesso ha una grande somiglianza coi sifilodermi papuloso e pustoloso, da cui si distingue per la sua storia, per la mancanza dei varii segni di sifilide generale che ordinariamente accompagnano i sifilodermi, per il suo corso e per altre particolarità. L'acne per lo più è sparso uniformemente sulla regione attaccata; le lesioni sifilitiche tendono ad aggrupparsi. Quando la malattia sorge sulla fronte soltanto, talvolta deve essere studiata attentamente per distinguerla dalla sifilide. I casi gravi di acne alcune volte rassomigliano al vaiuolo, però è difficile commettere un errore di diagnosi.

**Cura.** — Questa si può opportunamente studiare sotto due aspetti, generale e locale, in entrambi i modi essendo utile e nella maggior parte dei casi debbono essere adoperati insieme. Spesso la malattia è ribelle a tutti i mezzi di cui disponiamo. Al tempo stesso, secondo me, la malattia non è così pertinace come si suppone.

**CURA GENERALE.** — Prima di cominciare una cura attiva è necessario che il medico si renda completamente familiare con la costituzione e le abitudini dell'infermo. E impossibile curare l'acne bene senza una chiara conoscenza delle cause che agiscono nella produzione della malattia. Bisogna ricordare che è un'affezione funzionale e che i rimedii debbono essere diretti contro la causa più tosto che contro le singole papule o pustole, giacchè queste tendono a sparire spontaneamente. La mira del medico ha da esser quella di evitare una ricaduta. Perciò la cura interna molto spesso riesce molto più utile delle medicature esterne nel modificare il morbo. Se si tiene sotto occhio il caso per alcuni mesi, frequentemente si osserva quale intimo rapporto vi è fra l'acne e lo stato generale di salute.

Varie cause possono produrre il morbo. Ma bisogna tenere a mente che la stessa causa, anche se presente, non in tutti gl'individui può produrre il morbo. Fa d'uopo ricercare se vi sono alterazioni di qualche specie nel tubo digerente. La dispepsia, nelle sue molte forme, è una delle più prolifiche cause di acne; col nome di dispepsia comprendiamo l'irregolarità della funzione intestinale, la costipazione, la flatulenza, l'acidità, la lingua impatinata ed altri



sintomi simili. Non è mai soverchia l'attenzione che si porta sulle funzioni dello stomaco e dello intestino, giacchè in molti casi scrutando a fondo, si vedrà che vi sono alterazioni di questi organi. Per correggere queste spesso si trova estrema difficoltà, essendo necessaria perizia somma, ed in questi casi un'esatta e piena conoscenza della medicina generale, non che dell'azione dei medicamenti, ha un valore inestimabile per il medico. Se vi ha costipazione i lassativi salini o vegetali debbono essere prescritti, in tale quantità da fare evacuare l'intestino una o due volte al giorno. In alcuni casi è benefica una dose di pillole azzurre o di calomelano. Quando vi ha lingua impatinata ed alterazione dello stomaco e dell'intestino, si possono avere eccellenti risultati da una mistura acida aperiente, che contiene:

Pr. Solfato di magnesia	gram.	46,5
Solfato di ferro	centigrammi	96
Acido solforico allungato	gram.	6,10
Acqua	»	224

M. — S. Una cucchiata da tavola in un bicchiere di acqua.

Questo preparato si deve prendere una volta al giorno, preferibilmente mezza ora prima di colazione. In taluni casi si può prescrivere due volte al giorno, prima di colazione e prima di cena. Quando è necessario un amaro vegetale, in luogo dell'acqua si può mettere l'infuso di quassia o di colombo. Le acque minerali naturali sono anche utili. Le acque di Saratoga, specialmente quelle delle sorgenti di Hathorn e Geyser, non che le tedesche di Friedrichshall, di Ofner Rakoczy e di Hunyadi János, catartiche, sono efficaci, prese prima del pasto. Una a questi salini lassativi, spesso è utile prescrivere uno dei preparati ferruginosi.

I preparati di zolfo, massime il solfuro di calcio da mezzo centigrammo a tre centigrammi, quattro volte al giorno, come raccomanda Ringer, è utile. Essi talvolta riescono efficaci quando altri mezzi son falliti. Qualche volta è necessario l'olio di fegato di merluzzo ed è specialmente benefico nell'acne dei giovani che hanno un imperfetto sviluppo, che sono sparuti, pallidi e poco nutriti. In questi ultimi casi la malattia ordinariamente è torpida e non infiammatoria e in realtà è un complesso di acne e di comedoni. Nelle donne con mestruazione difficile bisogna tenere lo stesso metodo di cura generale. Gli acidi minerali sono buoni a rialzare lo stato generale. L'arsenico ha un valore positivo in certe forme della malattia; si può ordinare con vantaggio nella varietà papulosa ed in quei casi in cui le lesioni sono imperfettamente sviluppate. Deve essere prescritto come tonico alla dose di una, due o tre gocce. Le piccolissime dosi di sublimato corrosivo, con china, talfiata sono utili quando sembra indicato l'arsenico. Gubler, di Parigi, e Bulkley, di New York, parlano dell'uso della glicerina nella forma punteggiata dell'acne, amministrata internamente, alla dose di una cucchiata da tavola, due o tre volte al giorno. L'igiene è importante in molti casi ma specialmente quando il ferro e l'olio di fegato di merluzzo e simili rimedii sono indicati. Quando non è controindicato un bagno freddo la mattina sarà utile a regolarizzare le funzioni dell'organismo. La dieta deve essere sempre regolata.



Ogni specie di cibi pesanti, formaggio, pasticceria, salamoje, spezierie e bevande stimolanti, devono essere proibite.

CURA LOCALE. — Ora possiamo parlare di questa. Vi sono due specie diverse di cura esterna che, secondo le indicazioni del caso che si ha sotto mano, si possono adottare. Un metodo richiede i preparati blandi, l'altro le acque e gli unguenti stimolanti, allo scopo di promuovere l'attività delle glandole. In casi rari, quando vi è forte infiammazione, accompagnata da calore e rossore e da iperemia generale cutanea, le lavande addolcenti e gli unguenti blandi saranno buoni, giacchè la pelle si cura come in ogni altra infiammazione semplice di alto grado. Nella maggior parte dei casi, però, le lavande e gli unguenti stimolanti sono necessari e si possono subito prescrivere. La faccia si può stropicciare e lavare ogni sera con sapone verde ed acqua calda, e ciò per mezzo di un pezzo di flanella. Una parte di sapone con parti eguali di alcool allungato ed acqua di rose si può anche usare allo stesso scopo; o due parti di sapone per una di alcool, quando è necessario un preparato più energico. Queste applicazioni servono ad aprire i dotti glandolari e permettere un consecutivo scolo o gocciolio del contenuto glandolare. Ciò si può fare con le dita o, quando le pustole sono piccole, per mezzo di una chiave di orologio, come si è detto a proposito della cura dei comedoni. Nell'acne pustoloso, panni bagnati nell'acqua calda applicati durante la notte migliorano lo stato dei follicoli congesti e gonfi e rendono i loro dotti più aperti alla uscita del sebo. Ciò si può eseguire la mattina con la doccia fredda e le frizioni. Fra i rimedii più attivi lo zolfo ed i suoi preparati occupano il principale posto. Secondo me sono i più efficaci rimedii nella cura della malattia. Si possono ordinare con buoni risultati in molti casi, in forma di unguenti o lavande. La forza del preparato deve essere proporzionata al caso, da 1<sup>gr.</sup>,90 a 7<sup>gr.</sup>,60 di zolfo per ogni 31 gr. di unguento. La seguente formola si può raccomandare come preferibile.

Pr. Zolfo precipitato	gram.	3,80
Glicerina	»	1,50
Adipe benzoato	»	31
Olio di rose	gocce	3

M. F. unguento.

S. Da strofinarsi bene sulla pelle la sera.

Parti eguali di unguento di zolfo e di unguento di petrolio sono anche utili. Lo zolfo si può anche usare con l'alcool nel modo seguente, suggeritomi dal Dr. Bulkley:

Pr. Zolfo lavato	gram.	3,80
Etere	»	21
Alcool	»	98

M. — S. Si applichi come lavanda. Si agiti la bottiglia prima di adoperare la medicina.

Si può prescrivere la seguente lavanda :

Pr. Zolfo précipitato	gram.	7,60
Glicerina	»	6,10
Alcool	»	28
Acqua di calce	»	28
Acqua di rose	»	6,10

M. — S. Si agiti la bottiglia prima di adoperarla.

Un'altra buona formola, conosciuta col nome di lavanda di Kummerfeld, è la seguente :

Pr. Zolfo precipitato	gram.	15,20
Canfora polverata	»	0,60
Polvere di gomma adragante	»	1,20
Acqua di calce	»	56
Acqua di rose	»	56

M. — S. Si agiti la bottiglia prima di adoperare la medicina.

Anche il solfuro di potassio gode riputazione come rimedio locale; si può prescrivere come lavanda o come unguento, alla dose di 30 a 120 centigrammi per ogni 31 grammi. Solfuro di potassio gram. 3,80; solfato di zinco gram. 3,80; acqua di rose gram. 124 costituiscono una buona lavanda, massime nella varietà papulosa. Nei casi con corso torpido parti eguali di zolfo, di glicerina, di carbonato di potassio e di alcool, bene stropicciati sulla pelle ogni sera o meno frequentemente, si possono prescrivere con vantaggio. Anche un unguento di parti eguali di zolfo, di glicerina, di carbonato di potassa e di unguento di petrolio o di lardo è buono. Il bijoduro di mercurio si può usare quando è necessaria una stimolazione attiva, alla dose di 30 a 60 centigrammi per ogni 31 grammi. Il cloruro corrosivo di mercurio è del pari un rimedio notissimo. Ma nella mia pratica la sua azione l'ho trovata incerta. Si prescrive meglio come lavanda alla dose di 9 milligrammi ad 1 centigrammo per ogni 31 grammi. L'emulsione di mandorle costituisce un eccellente veicolo per il suo uso, nel modo seguente :

Pr. Cloruro corrosivo di mercurio	milligr.	50
Emulsione di mandorle amare	gram.	122
Tintura di benzoino	»	1,50

M. — S. Da applicare la sera.

Il cloruro corrosivo di mercurio costituisce la base della maggior parte delle acque da lavanda che si usano per abbellimento della pelle e dei cosmetici che si vendono in commercio (1). I rimedii stimolanti sono anche rappresentati dal protoioduro di mercurio e

(1) L'assorbimento del mercurio dietro l'uso di questi preparati, che produce un avvelenamento dell'organismo, come che raro, può però avvenire. Sono stati riferiti casi da Rosenthal (Wiener Med. Presse, 1876). I cosmetici che contengono piombo sono eminentemente pericolosi e possono essere seguiti da gravi malattie del sistema nervoso ed anche dalla morte. Simili casi sono stati riferiti da Rosenthal (loc. cit.), da Hutchinson (Phila. Med. Times, vol. IV. p. 241) e da altri.

dall'ammoniuro di mercurio, entrambi i quali talvolta possono essere usati con buon risultato quando vi è notevole indurimento; si possono prescrivere in forma di unguento, il primo alla dose di 30 a 90 centigr. per ogni 31 grammi, il secondo in dose doppia. Nei casi gravi di acne indurato si può applicare l'empiaastro mercuriale, sovra una tela, durante la notte, come ha proposto Neumann. I saponi medicati, contenenti acido carbolico, zolfo e glicerina, spesso sono utili e si possono adoperare con vantaggio insieme ad altri rimedii. Il cucchiaino cutaneo o il raschiatoio sono anche utilizzati per la cura dell'acne e si possono usare nell'acne papuloso torpido associato ai comedoni. L'applicazione di una piccolissima quantità di nitrato acido di mercurio sugli apici delle lesioni è un altro modo di cura, raccomandato da Hutchinson e da altri dermatologi inglesi. Il liquido si deve applicare con precauzione per mezzo di un'aguzza stecchetta di legno o di una sottil bacchetta di vetro, toccando appena le pustole; l'acido eccedente si assorbe subito dalla carta sugante. Possono formarsi cicatrici. Perciò io non sono fautore di questo metodo. Quando le papule sono larghe e grosse si debbono aprire con l'incisione per mezzo di un bisturi ed estrarne il contenuto. Se vi ha distensione dei vasi sanguigni cutanei superficiali, si debbono del pari incidere e farli vuotare. La cura dell'acne artificiale richiede il semplice allontanamento della causa e norme generali quanto ai rimedii topici, secondo i casi (1).

**Prognosi.** — L'esperienza insegna che l'acne ha un corso estremamente variabile. La prognosi è relativa in gran parte alla possibilità di determinare la causa e, al tempo stesso, di allontanarla. Spesso ciò è possibile e quindi il risultato favorevole. D'altra parte non di raro si vedono casi in cui la causa è o scura o inaccessibile e questi generalmente sono ostinati. La guarigione però è una questione di tempo, poichè la malattia presto o tardi vi tende spontaneamente, come che senza cura possa durare anni, distruggendo la pelle. Talvolta è una malattia grave poichè è accompagnata da diffusa suppurazione ed obliterazione delle glandole e dei dotti, lasciando cicatrici permanenti e deformanti. Le cicatrici o sono lievissime e superficiali o tanto estese e profonde da simigliare a quelle del vajuolo. D'altra parte molti casi di acne non lasciano cicatrici poichè la suppurazione, e lo scolo o il riassorbimento avvengono senza distruzione delle glandole. Il morbo può durare a lungo, spesso anni, se si abbandona a se stesso e finalmente cessare gradatamente a misura che si allontana la causa, per i cangiamenti dello stato generale.

### ACNE ROSACEO.

*Sin.*, Gutta rosea; Gutta rosacea; *Ted.*, Kupferrose; Das Kupfrige Gesicht; *Fr.*, Couperose.

L'acne rosaceo è una malattia cronica della faccia, più specialmente del naso, iperemica o infiammatoria, caratterizzata da rossore, da dilatazione ed ingrandimento dei vasi sanguigni, e da acne più o meno sviluppato.

(1) Un accurato studio della « cura delle varie forme di acne e di acne rosaceo » trovasi nella lesione clinica del Dr. R. W. Taylor, Amer. Clin. Lectures, vol. iii., No. X, New York, 1878.



**Sintomi.** — Vi sono tre periodi della malattia. A principio è caratterizzata da un' iperemia della parte più o meno diffusa, senza ingrossamento o turgore. L' iperemia è passiva poichè il sangue circola lentamente attraverso i capillari e tende alla stasi. Se è attaccato il naso spesso si nota che è untuoso (seborroico) e sente il freddo più che il caldo. La malattia ordinariamente ha un corso graduale essendo sovente necessari mesi ed anni per il suo sviluppo.

Coll' andar del tempo, dopo alcuni mesi o più, si stabilisce il secondo periodo. Il rossore è di carattere più permanente e soggiace a minori variazioni. Dietro un accurato esame della parte alterata si vede che le minute ramificazioni dei vasi sanguigni cutanei sono dilatate ed ingrandite e si mostrano come linee delicate, fine e rosse che decorrono superficialmente sulla pelle; possono essere molte o poche. Il corso di questi vasellini è irregolare; camminano in tutte le direzioni, seguendo per lo più una direzione ad uncino, tortuosa o spirale. La loro lunghezza varia da una a parecchie linee. Varia anche il loro calibro, potendo essere finissimi e strettissimi, o larghi e grossi. Sulle pinne nasali ordinariamente sono paralleli alle cartilagini di queste; sul naso per lo più decorrono irregolarmente. Nella maggior parte dei casi presto o tardi sulla regione ammalata si manifestano le papule e le pustole di acne. Si presentano qua e là sulla parte e ponno essere scarse o numerose; ordinariamente sono in piccolo numero. Il vero acnè rosaceo allora è costituito, poichè la malattia è costituita da acne rosaceo — vasi sanguigni dilatati ed ipertrofici — e da acne papuloso o pustoloso. E di tutti i gradi, da quello che non costituisce se non una leggiera alterazione a quello che deforma molto la parte. La regione attaccata è la faccia. Il naso è la sede comune della malattia; può passionare le pinne, la punta, o il dorso di esso. Spesso si alterano anche le guance, giacchè il morbo o primitivamente si mostra sovra esse o vi si propaga dal naso. Talfiata si ammala anche la fronte. Ivi l'ho vista localizzata in forma molto evidente, lasciando liberi il naso ed il resto della faccia. Finalmente possono essere attaccate tutte le regioni suddette (1).

Il corso della malattia ordinariamente è cronico, durando per anni. In certi casi, però, si manifesta in un tempo relativamente breve, in pochi mesi; allora per lo più vi è semplicemente dilatazione dei vasi e non ipertrofia; questa ultima può aver luogo soltanto col tempo. La malattia ha un corso variabile fino a che finisce. Raramente, se non mai, il morbo è di natura tanto violenta nelle donne quanto negli uomini. Nelle donne spesso non va oltre il primo periodo, essendo rara l'ipertrofia. Ma quando nei due sessi ha raggiunto certi gradi di sviluppo, può fermarsi, o, d'altra parte, può continuare andando avanti, rendendosi di anno in anno il processo più attivo, finchè in ultimo i tessuti cutanei sono molto ipertrofizzati, i vasi sanguigni enormemente dilatati, le glandole ingrossate e la parte gravemente alterata. Questo stato di cose costituisce il terzo periodo del morbo. Ordinariamente si osservano i suddetti cangiamenti nel naso, il quale non di raro è deformato.

(1) Veggasi la tavola E nel mio Atlas of Skin Diseases.

La neoformazione di tessuto connettivo e dei vasi sanguigni talvolta è di tal grado da dare origine ad una massa rilevante. Questa specie di nasi, con o senza acne, si possono vedere nelle vie delle grandi città. Sono rossi, per lo più rosso scuri, lividi, e, o sono semplicemente ingranditi, essendo conservate le proporzioni normali dell'organo, o sono contorti e di forme svariatamente irregolari, più o meno lobulati e pendenti. Talvolta raggiungono proporzioni mostruose e possono esser grossi quanto un pugno (RINOFIMA) (1).

Secondo che la malattia trovasi in un periodo o in un altro del suo sviluppo, o in un'epoca o in un'altra, la parte sarà fredda, normale o calda. Nel primo periodo, quello dell'iperemia passiva, il naso spesso è freddo. Quando il processo è accompagnato da copiosa formazione di lesioni di acne la parte può essere più calda del solito. Questi sintomi vanno e vengono e ponno essere prodotti da eccessi di mangiare o di bere, come dall'azione del caldo e del freddo. Raramente la malattia è accompagnata da sintomi subiettivi.

**Etiologia.** — Le cause sono frequentemente di varia natura. La malattia si osserva in ambo i sessi, ma in questi le cause possono essere diverse. È sviluppata in grado più alto negli uomini. Nelle donne, per lo più, non oltrepassa il primo periodo, — quello della iperemia e della stasi. Può, pertanto, passare nel secondo e allora è caratterizzata da ingrandimento permanente dei vasi. Come indicò Hebra per il primo, l'acne rosacea nelle donne si osserva in due periodi della vita, cioè nella prima epoca in cui si manifestano le funzioni di donna e poi nell'età critica, e spesso è accompagnata da disordini mestruali. Nel primo di questi periodi il morbo non è grave e va congiunto comunemente alla seborrea e chiaramente dipende dalla stessa causa che ha prodotto questa ultima. Con lo sparire della seborrea generalmente finisce anche l'acne rosacea, ovvero resta o si riproduce in un'epoca più tardiva della vita. Le cause in tali casi debbonsi cercare nella clorosi, nelle difficoltà mestruali di qualsiasi specie, nelle dispepsie e simili condizioni di alterata sanità. Nel periodo climaterico, tanto nelle donne maritate quanto nelle nubili, la malattia si può mostrare in una forma più grave, accompagnata da ingrossamento dei vasi sanguigni.

Negli uomini, manifestandosi nel primo periodo della vita, non di raro io ho osservato che va congiunta ad uno stato seborroico analogo a quello che si osserva nelle giovani donne. Negli uomini però si tratta di una semplice iperemia, poichè i vasi sanguigni sono dilatati ma non ingrossati permanentemente. Quando il naso è così alterato per lo più è freddo, non ostante il suo colore roseo. Le cause allora sono l'anemia, la debolezza generale, la prostrazione nervosa, i sintomi dispeptici, ed altre condizioni che sono state ricordate nel discorrere della seborrea. I liquori spiritosi sono una causa frequente di acne rosacea. Il brandy, il whiskey, i vini ed altre bevande forti alcooliche, prese in copia ed abitualmente, danno origine alla malattia in tutti i suoi periodi e su varie regioni della

(1) Veggasi un caso riferito dall'Autore nella *Photographic Review of Medicine and Surgery*, vol. ii., 1871-2. Ed anche Hebra, *Atlas of Skin Diseases*, Lieferung vii., Tafel 6.

faccia. Il *brandy nose* ed il *wine nose* (1) che si osservano quotidianamente da per tutto, sono esempi comuni del potere che ha l'alcool nel produrre la malattia. D'altra parte vi sono casi, in uomini e donne, in cui non si può scovire nessuna causa che spieghi lo sviluppo della malattia (2). Si osserva questa talvolta in coloro che sono sempre esposti all'azione dell'atmosfera, come nei carrettieri, ecc., ma in questi casi trattasi generalmente di semplice rosacea anzi che di acne rosacea.

**Patologia.** — A questa si è già accennato nello studiare i sintomi della malattia. Vi sono tre gradi o periodi di acne rosacea e secondo che si osserva l'uno o l'altro di questi i cambiamenti sono alquanto diversi; la differenza fra il primo periodo ed il terzo è notevole. Nel primo vi è semplicemente un'accolta d'insolita quantità di sangue nella parte, in forma di stasi. Questo stato può continuare per un periodo indefinito — per mesi o anni — senza andar soggetto a significante alterazione. Presto o tardi, però, si manifesta il secondo periodo con una dilatazione ed ipertrofia permanenti dei capillari, in cui sono coinvolte le glandole sebacee, in forma di acne, papuloso o pustoloso. Allora la malattia è tipica. Assume un corso cronico, e di quando in quando migliora o peggiora e o rimane così permanentemente o procede al terzo periodo. Questo è caratterizzato da un'esagerazione delle note del secondo e per lo più è contraddistinto da una maggiore o minore ipertrofia di tutti i tessuti della parte alterata e da una neoformazione di tessuto connettivo. Il naso talvolta si contorce molto e può assumere qualcuna delle varie forme anormali a cui abbiamo accennato. In un caso operato con esito felice dal Dr. C. Wagner (3) di New York, il Dr. Piffard ha descritto in questo modo le note anatomiche. Lo strato corneo era scarso, ma la rete mucosa grossa con cellule bene sviluppate. Le papille erano più lunghe e larghe e contenevano cellule rotonde e fusiformi. Le glandole sebacee non erano molto alterate; alcune erano normali, altre erano in via di cambiamenti degenerativi. Il derma era molto ingrossato e presentava lo aspetto di un tessuto formato.

**Diagnosi.** — Quando si hanno presenti la storia, il corso e gli speciali cambiamenti anatomici della malattia non si trova difficoltà a farne la diagnosi. È cronica. Sotto questo aspetto differisce dal sifiloderma tubercolare con cui molto probabilmente si può confondere. Il corso del sifiloderma tubercolare può essere lento e talvolta dura alcuni mesi; l'acne rosacea, quando è avanzato, probabilmente dura da parecchi anni. Nella sifilide i tubercoli e le lesioni non passionano specialmente le glandole; nell'acne rosacea la sede delle pustole è sempre nelle glandole sebacee. L'ulcerazione, nell'una o l'altra forma, si può ordinariamente trovare quando trattasi di sifilide del naso; ciò non avviene mai nell'acne rosacea. I tubercoli della

(1) Ho creduto di lasciare secondo il testo queste espressioni che sarebbero in traducibili in italiano, a meno che non si volessero chiamare *naso di brandy* e *naso di vino*.  
Nota del T.

(2) Veggasi una lezione clinica sull'acne rosacea, dell'Autore, nel *Medical and Surgical Reporter*, Aug. 14, 1875.

(3) *Archives of Clinical Surgery*, vol. i. p. 21.



sifilide generalmente sono molto più grossi, più solidi, e più rilevanti delle lesioni che si osservano nell'acne rosaceo. Il colore dei tubercoli sifilitici è scuro, rosso-rameico; nell'acne rosaceo esso è o rosso vivo o violaceo, secondo il periodo e la forma della malattia. Nell'acne rosaceo i vasi sanguigni superficiali della pelle sono ingrossati e rilevanti, ciò che non si osserva nella sifilide. L'acne rosaceo ordinariamente attacca l'estremità del naso uniformemente, d'ambo i lati; la sifilide si può circoscrivere più specialmente in un lato che in un altro. Le forme più gravi di acne rosaceo, le quali si potrebbero forse confondere con la sifilide, raramente si osservano prima di quaranta o cinquanta anni e sono più speciali degli uomini; la sifilide con questo carattere si può mostrare nei primi anni. Finalmente la storia, nei casi dubbii, ordinariamente coadiuverà a venire ad una conclusione.

Il lupus volgare può avere qualche rassomiglianza con l'acne rosaceo, giacchè, come si sa bene, questa malattia si può manifestare sulla faccia e specialmente sul naso. Nel lupus volgare le papule ed i tubercoli caratteristici, rotondeggianti, giallastri o rosastri in generale si possono notare; sono grandi quanto una testa di spillo o più e comunemente attaccano solo una parte del naso, come la punta o una delle pinne. Nel lupus volgare i vasi sanguigni non sono ingranditi. L'ulcerazione, inoltre, seguita da croste e da cattive cicatrici, nel lupus ha luogo presto o tardi, ciò che nello acne rosaceo non avviene mai.

Il solo lupus eritematoso può essere confuso con l'acne rosaceo quando si presenta sull'estremità del naso. La superficie della pelle nel lupus eritematoso è ruvida e coperta di squame fine, tenaci e giallastre, le quali stanno in corrispondenza delle aperture dei follicoli sebacei; nell'acne rosaceo non vi è nessuno di questi sintomi. Il primo periodo dell'acne rosaceo, massime del naso, può rassomigliare ad una congelazione. La storia rispettiva ed i sintomi saranno sempre utili a distinguerli.

L'acne rosaceo si può distinguere dall'acne per la presenza di vasi sanguigni ingrossati e per l'iperemia. La linea che separa il primo periodo dell'acne rosaceo da certe forme di acne talvolta è mal definita giacchè, come abbiamo veduto, la malattia di cui ci occupiamo è costituita da certi cangiamenti del sistema vascolare e dall'acne. L'affezione dei vasi sanguigni decide se si tratta di acne rosaceo.

**Cura.** — Il metodo di cura da adottare dipenderà dal periodo in cui trovasi il morbo e dalla natura della causa di esso, quando questa si può accertare. Si usano tanto i rimedii interni, quanto gli esterni. Le cause che hanno dato origine al processo debbono essere investigate. Nelle donne i disordini uterini e mestruali e quelli intestinali saranno corretti con rimedii opportuni e si cercherà di far migliorare lo stato generale sotto tutti gli aspetti. Negli uomini l'uso di tutte le bevande alcooliche deve essere proibito e l'intestino si deve mantenere lubrico mediante i lassativi salini. Si regolerà la dieta in ambo i sessi. La cura generale è la stessa dell'acne a cui rimandiamo il lettore.

La cura locale nella maggior parte dei casi ha un valore maggiore dei rimedii interni. I preparati stimolanti di una o altra specie

sono opportuni in tutti i periodi. Nel primo periodo possono ottenersi buoni effetti dall'uso dello zolfo e del cloruro corrosivo di mercurio. Io ho trovato che il primo di questi rimedii ha un'efficacia di gran lunga superiore. Si può adoperare nella forma di unguento o di lavanda, come nell'acne. Da 3<sup>re</sup>,80 ad 11,40 di zolfo precipitato per 31 gr. di unguento generalmente saranno efficaci. L'ipocloruro inglese di zolfo si può anche usare alla stessa dose. Anderson dà la formola di un preparato composto d'ipocloruro di zolfo e di unguento di rumex (1), 7<sup>re</sup>,60 per 31 gr., che egli raccomanda. Le lavande contenenti zolfo spesso sono molto utili ed in certi casi più degli unguenti. Si possono preparare secondo la formola data nel parlare dell'acne. Il sublimato corrosivo talvolta si può usare nel primo periodo con risultato favorevole alla dose di 1 ½ centigrammo a 12 centigrammi per 31 gr. di unguento o di alcool; parimenti possono adoperarsi i varii unguenti mercuriali officinali. L'empastro mercuriale spalmato sopra tela ed applicato alla parte in taluni casi si può usare con beneficio, come raccomanda Neumann ed Hebra.

Nel secondo periodo della malattia frequentemente sono richieste le applicazioni più forti. I vasi sanguigni dilatati debbono essere incisi con un bisturi aguzzo e bisogna farne uscire il sangue. Dopo si possono applicare panni bagnati nell'acqua fredda per arrestare il sangue se esce in quantità esagerata. Questa operazione si deve ripetere una o due volte la settimana, secondo i casi. Consecutivamente si stropiccerà sulla parte uno degli unguenti di zolfo. Nel secondo periodo io ho anche usato la soluzione di potassa caustica con buon risultato, alla dose di 60 a 120 centigrammi per 31 gr., passandola con una spazzetta sulla parte una o due volte la settimana, e applicando dopo un unguento ammolliente. Nei casi in cui non vi ha che poco ingrossamento Neumann raccomanda di spazzolare la parte con una soluzione composta di una parte di acido carbolico e tre o quattro di alcool, facendone l'applicazione in giorni alterni. Hardaway (2), di St. Louis, raccomanda l'elettrolisi per l'obliterazione dei vasi ingrossati. Un finissimo ago da cucire attaccato al polo negativo della batteria galvanica è quello che si adopera, e l'ago si fa penetrare abbastanza profondamente acciocchè arrivi nel vase dilatato. Il circuito allora è costituito dall'infermo che tiene in mano il polo positivo. Dopo che l'azione elettrolitica si è bene sviluppata, in generale sono necessari da sei a dieci elementi della batteria, l'infermo abbandona l'elettrodo positivo e dopo si estrae l'ago. Se il vaso è lungo, si debbono fare parecchie punture perpendicolarmente lungo il suo tragitto; se trattasi di un vaso corto l'ago si può inserire parallelamente ad esso entro il suo lume. La faradizzazione è stata usata da Cheadle, di Londra, il quale riferisce buoni risultati in parecchi casi (3). Quando

(1) L'unguento di rumex si prepara nel seguente modo: radice di rumex 279 gr.; lardo 186 gr.; cera gialla 31 gr.; acqua q. b. Si lavano e si ammaccano le radici; si fanno bollire per due ore e si filtrano; si fa evaporare fino a che il liquido si riduce a 124 gr.; si aggiunge gradatamente la cera ed il lardo precedentemente mescolati e si agitano fino a raffreddamento.

(2) Archives of Dermatology, Oct. 1879.

(3) The Practitioner, July, 1874.

si è fatta giungere la malattia fino al terzo periodo l'ablazione della cute alterata col bistori è il solo rimedio efficace.

**Prognosi.** — Quando il processo non è andato oltre il primo periodo si può prevedere un esito felice; d'altra parte quando una neoformazione di tessuto connettivo ha avuto lungo nei vasi ed intorno alle glandole, la prognosi deve essere riservata. Nonper- tanto si può ottenere molto da una cura giudiziosa, che in tutti i casi sarà più o meno efficace. Abbandonata a se stessa la malattia non presenta tendenza ad una guarigione spontanea, ma, al con- trario, inclina a continuare per anni, alterando i tessuti della parte attaccata nel modo già descritto.

### SICOSI NON PARASSITARIA.

*Sin*, Sycosis; Mentagra; Acne mentagra; Folliculitis barbae; *Ted.*, Bartfinne; *Fr.*, Sycosis non-parassitaire.

La sicosi non parassitaria è un'alterazione cronica, infiammatoria, non con- tagiosa, che passiona i follicoli piliferi, caratterizzata da pustole, da papule e da tubercoli perforati dai peli, accompagnata da sensazioni di bruciore.

**Sintomi.** — La malattia comincia con la formazione di parec- chie o numerose papule o pustole che circondano i peli situati sulle guance, sul mento o sul labbro superiore. Ordinariamente si svi- luppano nuove lesioni fino a che si forma un'isola che abbraccia una notevole superficie. Tendono a presentarsi di quando in quando in forma di gruppi successivi. Hanno la loro sede immediatamente intorno ai peli. Le pustole sono o schiacciate o acuminate; gene- ralmente della grandezza di una testa di spillo; contengono un li- quido giallastro e non mostrano tendenza a rompersi. Sono discrete e per lo più restano tali per tutto il loro corso. Non di raro, però, sono tanto numerose da ammucchiarsi l'una accanto all'altra. Sono accompagnate da considerevole rossore della pelle circostante, tal- volta da turgore e da sensazioni di bruciore e talvolta da dolore. Se si lascia la barba, si disseccano formando croste. Oltre alle pu- stole tipiche suddescritte, per lo più vi sono papule e papulo-pustole e in certi casi si manifestano tubercoli. Generalmente vi è anche un ingrossamento infiammatorio in grado più o meno rilevante, mas- sime nei casi di lunga durata.

Le guance, il mento ed il labbro superiore sono le sedi comuni della malattia; qualunque di queste regioni, sola, o tutte contem- poraneamente, possono essere attaccate (1). La parte pelosa del collo, non che altre regioni provvedute di peli, possono essere pure sede della malattia. Questa può cominciare o mostrandosi contem- poraneamente in tutte le parti, o, ed è il caso più frequente, può attaccare una parte e da questa propagarsi gradatamente ad altre regioni. I peli ordinariamente sono solidamente impiantati nei loro follicoli, sicchè l'estirpazione ne è più o meno dolorosa. Il corso del morbo è cronico. Senza una cura adatta può continuare per anni.

**Etiologia.** — Le cause non sono ben conosciute. La malattia

(1) Un notevole esempio della malattia, che si è svolta in tutte le regioni sud- dette, si può trovare nel mio Atlas of Skin Diseases; Tavola H.



per lo più ha luogo dai 25 ai 50 anni. Si osserva in tutte le classi della società, come che non sia comune, ed attacca i ben nutriti come i poveri. Si nota in coloro che non si radono la barba e in coloro che se la radono; perciò il radere i peli non può essere ritenuto come causa. Non è contagiosa.

**Patologia.** — La sicosi non parassitaria è da ritenere come una semplice infiammazione perifollicolare. Secondo Robinson (1), il quale ha esaminato microscopicamente parti di pelle vivente, i primi cambiamenti che seguono si trovano intorno al follicolo, nella regione peri-follicolare, e sono quelli che comunemente si osservano nelle infiammazioni del tessuto connettivo vascolare. La malattia nel suo primo periodo, quindi, non è una follicolite, ma una perifollicolite. A misura che l'infiammazione procede, il follicolo e le sue guaine si alterano, queste ultime si rammolliscono e distruggono più o meno, ed una parte del pus circostante può penetrare nel follicolo attraverso le guaine rotte. Talvolta non penetra pus nel follicolo, ed i cambiamenti che hanno luogo dipendono dal siero che vi si raccoglie. Le cellule delle radici delle guaine e del pelo subiscono cambiamenti distruttivi, i corpi cellulari e la sostanza unitiva sono i primi distrutti e resta una massa granulare contenente corpi rotondi, i nuclei delle cellule fisse delle parti. La guaina del follicolo e il tessuto connettivo della regione perifollicolare sono più o meno distrutti, e la rete mucosa si rompe a livello della parte superiore del colletto del follicolo, ed il pus giunge alla superficie attraverso la rete. Secondo Robinson non passa fra lo stelo del pelo e la guaina del follicolo come affermò Wertheim.

I peli nei primi periodi sono sempre solidamente impiantati nei loro follicoli; più tardi, per la suppurazione, divengono più cedevoli, ma ciò non succede sempre. Il grado della suppurazione varia nei diversi individui. Le guaine dei follicoli ordinariamente accompagnano i peli quando si estraggono dalle pustule; su ciò le opinioni del Dr. Robinson son diverse; egli afferma che non è questo il fatto comune. Lo stato del pelo varierà secondo il periodo della malattia. La cavità che rimane dopo l'estrazione di un pelo, ove il follicolo non sia totalmente distrutto, contiene pus lungo le sue pareti ed alla sua base. Gli elementi che stanno alla base del follicolo, inclusa la papilla, possono o no essere distrutti; quando ha luogo questa distruzione, generalmente nel periodo tardivo, si formano cicatrici ed avviene un'alopecia permanente.

**Diagnosi.** — La sicosi non parassitaria si deve distinguere dalla tigna sicosi, da cui differisce non pure per la sua causa, ma anche per i suoi aspetti clinici. Queste due malattie attaccano entrambi il follicolo pilifero con infiammazione, ma producono sintomi tanto diversi da richiedere una distinzione precisa. La superficie cutanea specialmente granosa, tuberculosa, nodosa, ineguale, tanto caratteristica della tigna sicosi, generalmente manca nella malattia di cui ci occupiamo. Ma i cambiamenti relativi al pelo stesso avranno un valore superiore a quello di questo sintomo e si possono ritenere come elementi diagnostici. Nella tigna sicosi i peli sono cedevoli, si estraggono subito dai loro follicoli e sono contorti o rotti,

(1) New York Med. Jour., Aug. and Sept. 1877. Eccellente monografia.

con una radice che spesso è secca e manifestamente alterata. Al microscopio la questione della diagnosi non presenta difficoltà, giacchè la presenza o la mancanza di fungo si determina facilmente. La sicosi spesso rassomiglia all'eczema, da cui però si può distinguere per la mancanza di gocciolio e di prurito; l'eczema inoltre, attaccando la barba, può trovarsi anche sovra altre parti della faccia. Si ricorderà eziandio che nella sicosi ciascuna pustola è attraversata nel centro da un pelo. Nessuna difficoltà s'incontra a distinguere la sicosi dal sifiloderma acuminato pustoloso, che sovente attacca la faccia; l'eritema di pustole sovra altre regioni della faccia, non che sul corpo, sarà sufficiente ad escludere la sicosi.

**Cura.** — La cura esterna generalmente si troverà più efficace dei rimedii interni. Nei casi ostinati però, non che in quelli che sembrano accompagnati a generale depauperamento della nutrizione, il ferro, piccole dosi di arsenico e l'olio di fegato di merluzzo spesso si possono amministrare con vantaggio. Talvolta gli alcalini sono pure utili; in altri casi gli aperienti salini. La cura, in complesso, è simile a quella diretta contro l'eczema pustoloso. Quando vi è notevole ingrossamento infiammatorio, Fox raccomanda la soluzione di Donovan. In tutti i casi non bisogna perdere di vista lo stato generale, come in altre malattie di natura infiammativa. La influenza di agenti irritanti deve essere evitata quanto più è possibile, per esempio dell'estremo caldo e dell'estremo freddo.

Il primo e più importante passo nella cura locale è di tosare o di radere le parti. Secondo la mia esperienza non si può dare nessuna regola quanto a ciò; in taluni casi il rasoio sarà tollerato e la malattia migliorerà, mentre in altri casi il tosare i peli rasente cute produce i migliori effetti. Il rasoio deve essere adoperato ogni due o tre giorni, secondo la rapidità con cui la barba cresce. Prima si taglieranno i peli con le forbici, dopo di che si possono far rammolire con un cataplasma, dopo di ciò si passerà il rasoio senza provocare gran dolore. Passati pochi giorni l'operazione suddetta sarà molto meno dolorosa, e dopo breve tempo, ordinariamente, si può compiere questa operazione senza significante molestia. Quando la malattia è acuta e vi è tumefazione, la infiammazione si curerà come nell'eczema acuto pustoloso, con lavande ed unguenti ammollienti. Bisogna tener d'occhio il grado d'irritazione e modificarlo per quanto è possibile. Le applicazioni da fare variano secondo il periodo della malattia. Se è altamente infiammatoria si può usare parecchie volte al giorno la *lolio nigra*, cui terrà dietro l'unguento di ossido di zinco con 3<sup>re</sup>,80 di alcool o 1<sup>re</sup>,90 di canfora per ogni 31 grammi di unguento, spalmato sopra una tela che si applica bene sulla parte. Un debole unguento di calomelano, 90 centigrammi a 180 centigrammi per ogni 31 gr. di unguento di ossido di zinco o di petrolio, si può pure usare e spesso sarà efficace. Quando la malattia dura da qualche tempo, si può curare la parte con l'unguento di achillon ed il sapone molle. Le pustole si devono aprire e la pelle si deve stropicciare bene con sapone molle ed acqua, e dopo si applicheranno strisce di mussolina con un grosso strato di unguento di achillon e si terranno ferme sulla faccia con una fasciatura. Questa medicatura si farà due volte al giorno ed una volta al giorno si raderà la parte. In altri casi una cura più stimolante

si può intraprendere con vantaggio; a questo scopo l'unguento di zolfo, 1<sup>gr.</sup>,90 a 3<sup>gr.</sup>,80 per 31 gr., o l'ammoniuro di mercurio, in forma di unguento, 90 a 180 centigrammi per 31 gr., riusciranno efficaci. Si può anche adoperare l'unguento di nitrato di mercurio, 3<sup>gr.</sup>,80 a 7<sup>gr.</sup>,60 per 31 gr. di unguento; similmente l'ossido rosso di mercurio, a dose moderata, da 30 a 90 centigrammi per 31 gr. Il cloruro corrosivo di mercurio in forma di lavanda, da 1 1/2 centigrammo a 6 centigrammi per 31 gr. di acqua o di alcool, in taluni casi è vantaggioso. Le lavande solforose, come nell'acne, si possono anche prescrivere con buoni risultati. Quando vi è molto ingrossamento di antica data, il Dr. Robinson consiglia un debole preparato di oleato di mercurio con morfina, applicato una volta ogni tre o quattro giorni.

La depilazione è raccomandata caldamente da Hebra, da Kaposi e da altri, eseguendola per mezzo di una pinzetta da depilazione. Ogni giorno si depila una piccola superficie, e dopo si cove la parte con unguento diachilon o di ossido di zinco. L'operazione generalmente è più o meno dolorosa, e, secondo la mia esperienza, si può tollerare soltanto quando vi è notevole suppurazione e neppure sempre in questi casi. Quanto a ciò, pertanto, i dermatologi sono di varie opinioni, giacchè alcuni affermano che nella fase pustolosa i peli si strappano con facilità. La parte si ammorlirà con un cataplasma o si fomenterà con l'acqua calda prima di cominciare l'operazione. Veill, di Cannstadt, cura la malattia col seguente metodo eroico. Taglia molto corti i peli, allontana le croste per mezzo di cataplasmi, e stropiccia indi sulla pelle un preparato composto di due parti di catrame e di una di sapone verde, dopo i peli si possono estrarre rapidamente. Compiuta la depilazione, con una spazzoletta si applica l'acido acetico. Si forma una crosta che cade in tre o quattro giorni; questa operazione, ove sia necessario, si ripete. L'unguento di zolfo completa la cura, poichè in quattro settimane ordinariamente ha luogo la guarigione. L'infermo in tutti i casi deve continuare a radersi per alcuni mesi dopo che la malattia è sparita, per evitare un pericolo di recidiva.

**Prognosi.** — La speranza di una rapida guarigione non si deve mai far concepire all'ammalato, giacchè, mentre in certi casi il morbo è vinto subito dalla cura, in altri sarà ribelle ai più convenienti rimedii.

### IMPETIGO.

L'impetigo è una malattia acuta, infiammativa, caratterizzata da pustole della grandezza di un pisello o più, o dell'unghia di un dito, discrete, rotonde ed elevate, ordinariamente senza prurito.

**Sintomi.** — L'eruzione può essere preceduta o no da sintomi di alterazione generale. Quando si osservano, sono leggieri e consistono nella perdita dell'appetito, nella costipazione, o nel malessere. La malattia si manifesta con la formazione di una o più pustole distinte. Queste cominciano come vere pustole, poichè la natura pustolosa della lesione si mostra nel primissimo periodo del processo. Quando sono completamente sviluppate hanno un volume che varia da quello di un mezzo pisello a quello dell'unghia di un



dito. Sono di forma rotonda ed elevate notevolmente sul livello della cute circostante; hanno pareti grosse ed a principio sono circondate da un' areola più o meno rilevante. L'elevazione spesso è fortissima, da un ottavo ad un quarto di pollice, e le lesioni generalmente hanno una forma semiglobulare. Non vi ha depressione centrale od ombelico. Il loro colore è giallastro o sono biancastre. Per lo più sono molto distese da liquido e perciò considerevoli. Dopo che sono giunte a maturità, l'areola succennata in generale sparisce, lasciando lesioni ben circoscritte. Non vi è che scarsa infiltrazione periferica. Durante tutto il loro corso non manifestano tendenza a rompersi. Sono discrete e si presentano qua e là in forma disseminata. Pur quando sono molto vicine, come può avvenire sulle mani, non tendono a confluire. Il loro numero varia da parecchie ad una dozzina o più. Si sviluppano in tutte le parti del corpo, ma comunemente si vedono sulla faccia, sulle mani e sulle dita, sui piedi e sulle dita di questi e sulle estremità inferiori; anche sulle palme delle mani e sopra le piante dei piedi. Ordinariamente non sono accompagnate da prurito o da bruciore. La malattia ha un corso acuto, che per lo più dura parecchie settimane. Le pustole talvolta si formano repentinamente e ponno succedersi l'una dopo l'altra durante la prima settimana dell'attacco. Quando hanno raggiunto il loro completo sviluppo, rimangono in questo stato per uno o due giorni, e dopo il contenuto si altera, talvolta diviene sanguigno e si riassorbe o si trasforma in crosta. Frequentemente si rompono per il contatto di agenti esterni ed allora lasciano uscire per lo più un liquido puriforme tenue; comunemente non è denso, come si potrebbe supporre per lo aspetto delle pustole. Se si rompono o si pungono con un ago a principio del loro corso, si possono di nuovo riempire di liquido. Il grado dello incrostamento varia; talvolta è esteso e si formano croste giallastre o brunastre, in altri casi è leggerissimo, giacchè il liquido si riassorbe. Qualunque sia la crosta che resta si dissecca e cade lasciando una base rossastra senza pigmentazione o cicatrice. La malattia è benigna tendendo a guarire subito. Non sono probabili le ricadute (1).

**Etiologia.** — Per lo più è una malattia dei fanciulli, e comunemente si osserva da tre a dieci anni. In generale si manifesta in individui ben nutriti e sani che forse non hanno avuto che leggiera malattie precedenti o nessuna. Non sembra che sia in rapporti con l'eczema, ned ordinariamente è associata ad alterazioni gastriche o intestinali. Negli adulti l'ho osservato principalmente sulle mani e sulle dita. Non è contagioso. È una delle più rare malattie cutanee.

**Patologia.** — La lesione è una pustola tipica. La prima manifestazione che si vede sulla pelle ha tutti i caratteri di una vera pustola, che continua per tutto il corso della malattia. Il processo è circoscritto. In nessuna epoca del suo corso le lesioni stanno sopra una base molto infiammata; sorgono bruscamente sulla super-

(1) La malattia che ho descritto è, mi sembra, la sola a cui si può dare propriamente il nome d'Impetigo. È un processo a se e ben qualificato che merita questo nome.

ficie cutanea in un modo molto somigliante a quello delle bolle di penfigo. Anatomicamente la pustola è ben formata ed ha pareti grosse, probabilmente composte dallo strato corneo e mucoso della epidermide. Le ricerche microscopiche sul contenuto delle pustole, che io ho fatto in varii periodi del processo mostrano che il liquido ha un colore giallo-biancastro; tanto il colore quanto la consistenza del liquido dipendono alquanto dal periodo in cui trovasi la lesione. Con un ingrandimento di 250 diametri si vedevano nel campo del microscopio corpuscoli di pus in numero variabile, più o meno affollati insieme. Qua e là vi erano corpuscoli sanguigni, cellule epiteliali e reliquie cellulari.

**Diagnosi.** — Io credo che la malattia abbia caratteri abbastanza speciali per permettere di distinguerla da altre malattie cui si assomiglia. Si può distinguere dallo eczema pustoloso dalla grandezza e speciale conformazione delle pustole. Le pustole d'impetigo sono larghe e sporgenti; quelle di eczema sono piccole e non protuberano allo stesso grado. Nell'impetigo le pustole sono discrete e non tendono a confluire; nello eczema ordinariamente sono strettamente aggruppate e hanno una tendenza a confluire. Le pustole d'impetigo raramente sono numerose, quelle di eczema per lo più sono molte. Nello impetigo non vi è che leggiera infiltrazione; nello eczema un più o meno avanzato ingrossamento della pelle è una nota patognomica. Nell'impetigo le pustole non tendono a rompersi e perciò non vi è emissione di liquido; nello eczema si rompono presto e si formano estese croste; in questi casi inoltre lo essudato può continuare. Nello impetigo non vi ha prurito o poco; nello eczema vi è sempre in grado più o meno avanzato.

L'impetigo per le sue fattezze generali e per il suo corso rassomiglia allo impetigo contagioso, il quale non è una varietà d'impetigo, ma una malattia distinta. La lesione iniziale nell'impetigo contagioso è una vescichetta o una vescico-pustola, simile a quella della vaccina; nell'impetigo è una pustola perfetta. La lesione di impetigo contagioso è superficiale; quella dell'impetigo è più profonda. La pustola d'impetigo contagioso tende a schiacciarsi e spesso vi si osserva un'ombilicazione; quella d'impetigo è rotonda, molto sollevata e senza depressione centrale. L'impetigo inoltre non è contagioso.

L'impetigo rassomiglia anche allo ectima. Nell'ectima le pustole sono schiacciate e sono circondate da una base dura, infiammata ed estesa; nell'impetigo sono prominenti e rotonde e in generale non hanno che una piccola areola. Le croste, in queste malattie sono anche diverse; nell'ectima sono brunastre o nerastre, larghe e schiacciate e stanno sopra un'escoriazione profonda. L'impetigo ordinariamente si manifesta negl'individui robusti e sani; l'ectima nei deboli e cachettici.

**Cura.** — Nella maggior parte dei casi l'intervento terapeutico non deve essere che leggiero. Le pustole, non appena mature, si possono aprire con un aguzzo bisturi e si fa uscire il contenuto. La parte deve essere difesa dagli agenti esterni; come dallo strofinio delle vesti o da altra violenza. Le lesioni si possono medicare con qualche unguento stimolante blando, come nello impetigo contagioso. La malattia tende a guarire spontaneamente.

IMPETIGO ERPETIFORME. — Con questo nome Hebra (1) ha descritto una rara e grave forma di malattia cutanea di cui in quell'epoca nella quale ne scrisse non avea osservato che cinque casi, di cui quattro finivano con la morte. Secondo Hebra la malattia è qualificata dalla formazione di pustole giallastre, disposte a gruppi o in forma di anello, che tendono a confluire e a disseccarsi formando croste giallastre, verdastre, o brunastre, sotto di cui vi ha una superficie rossa, umida, escoriata non ulcerata, simile a quella dello eczema rubro. Alla periferia di questi tratti cutanei alterati si formano nuovi gruppi ed anelli di pustole. In tutti i casi si trattò di donne, le quali o erano incinte o da poco si erano sgravate. Il corso della malattia fu uniforme in tutti i casi. La superficie anteriore del tronco e le superficie di flessione delle cosce erano la principale sede delle lesioni, ma altre regioni, come le estremità superiori, le gambe, il collo ed il dorso ed anche la faccia erano del pari alterate. Ciascuna eruzione di pustole era preceduta da malessere, da brividi, da febbre e da alterazione generale organica (2). Casi isolati, sotto nomi diversi, prima di questa epoca furono riferiti da Baerensprung (3), da Neumann (4), da Auspitz (5), e da Geber (6), e per la maggior parte furono ritenuti per varietà di erpete. Più recentemente C. Heitzmann ha descritto un caso, col nome di impetigo erpetiforme in una relazione presentata all'American Dermatological Association (7).

In questi ultimi dieci anni io ho di quando in quando incontrato casi, in ambo i sensi, i quali rappresentavano altre fasi della malattia testè descritta. In taluni le lesioni erano vescicolose e bollose (8), in altri pustolose; in altri e nella maggior parte dei casi bollose e pustolose frammiste ovvero queste lesioni si manifestavano alternativamente,—giacchè la malattia una volta è vescicolosa e bollosa, un'altra volta pustolosa. In tutti i casi la tendenza ad aggrupparsi o a diffondersi verso la periferia era più o meno accentuata. Un grado variabile di alterazione generale, con forte prurito, non mancava mai. La malattia avea una tendenza a riprodursi costantemente, nella forma di attacchi ripetuti, prolungandosi nella maggior parte dei casi per anni e non era che poco modificata dalla cura. Nessuno dei casi ebbe luogo in donne incinte; nè in nessun caso la malattia produsse la morte.

La malattia si può confondere con l'eczema, con l'ectima, e col penfigo, secondo che le lesioni che si osservano sono vescichette, pustole o bolle. L'etiologia e la patologia della malattia sono entrambi oscure. In alcuni casi ha molti punti di comune col penfigo,

(1) Atlas der Hautkrankheiten, Heft ix., Tafeln 9 und 10. Wien, 1876.

(2) Wiener Med. Wochensch., Nro. 48, 1872; Also Lancet, March 23, 1872.

(3) Atlas der Hautkrankheiten, Tafel 8. Berlin, 1867.

(4) Lehrbuch der Hautkrankheiten, III. Aufl., Wien, 1873, p. 173.

(5) Archiv für Derm. und Syph., II. Heft, 1869, p. 246.

(6) Jahresb. der K. K. Allg. Krankenhauses zu Wien, Jahrg. 1871.

(7) Archives of Dermatology, January, 1878.

(8) Nel quinto caso di Hebra la malattia era caratterizzata da vescichette e da bolle, per la qual cosa egli inclinava a ritenere la malattia come una varietà di erpete e la chiamò erpeta impetiginiforme. Lancet, March 23, 1872.



con la quale malattia Heitzmann crede che abbia una stretta parentela (1); altri casi, però, hanno poca tendenza alla formazione di bolle (2).

### IMPETIGO CONTAGIOSA.

L'impetigo contagiosa è una malattia acuta, infiammatoria, contagiosa, caratterizzata dalla formazione di una o più vescico-pustole o bolle superficiali, discrete, rotondeggianti od ovalari della grandezza di un mezzo pisello o della unghia di un dito, che si trasformano in croste.

**Sintomi.** — L'eruzione ordinariamente è preceduta da leggiera alterazione febbrile, massime nei bambini. A principio si vedono vescichette piccole, isolate, schiacciate o prominenti che in un giorno o due si trasformano in vescico-pustole o pustole. A principio sono piccole, ma tendono ad aumentare di volume rapidamente, finchè acquistano le dimensioni di bolle. Sono rotondeggianti od ovali, e talvolta mostrano un'ombelicazione centrale. Ordinariamente una leggiera areola le circonda, che, però, sparisce quando divengono mature. Raramente sono numerose, per lo più tre, quattro o una dozzina se ne vedono contemporaneamente. Non di raro, quando sono molto ravvicinate, confluiscono e formano una piccola isola. In pochi giorni, o per rottura o perchè giunte ad un dato periodo del loro corso, si formano le croste; queste, infatti, non mancano quasi mai la prima volta che si osserva un caso. Sono schiacciate, più o meno elevate sulla pelle circostante, giallastre o color di paglia e leggermente aderenti. Sotto di esse vi sono escoriazioni che segregano un tenue liquido puriforme. Dopo che le croste si sono disseccate cadono, lasciando una base rossastra, che gradatamente sparisce. Le lesioni si possono mostrare tutte simultaneamente, o ponno apparire a gruppi successivi. La sede ordinaria dell'eruzione è la faccia e le mani; ma il capo e le braccia, non che altre regioni del corpo, ponno essere anche attaccati (3). La membrana mucosa della bocca e la congiuntiva talvolta sono attaccate. Può erompere la malattia per autoinoculazione. Il suo corso ordinariamente è definito e dura circa dieci giorni. Non di rado incontra che la malattia assuma una forma anormale od abortiva, essendo le lesioni o poche, mal definite, o avendo un corso irregolare (4).

(1) Archives of Dermatology, Jan. 1878.

(2) È quindi evidente che il processo può presentarsi in forma di svariate lesioni e che la parola impetigo erpetiforme non rappresenta che una delle varietà del morbo. Sono necessarie più ampie conoscenze prima che alla malattia si possa dare il suo vero posto nella classificazione.

(3) Un caso tipico, molto avanzato, in un fanciullo di 12 anni, recentemente è stato sotto le mie cure e le lesioni stavano circoscritte alle natiche. Non vi era stato contagio.

(4) Il Dr. F. P. Foster, col nome di « erpete contagioso varioliforme » ha descritto una speciale malattia che rassomiglia a quella di cui ci occupiamo. Archives of Dermatology, January, 1875. Maestrevolmente sono stati descritti casi di impetigo contagiosa dal Dr. R. W. Taylor di New York. Veggasi Amer. Jour. of Syph. and Derm., Oct. 1871, p. 368 e il Boston Med. and Surg. Jour., June, 6, 1872.

**Etiologia.** — Si osserva principalmente fra la gente povera, presso cui la nettezza è trascurata, quantunque talvolta si osservi in coloro che occupano una posizione sociale più alta. La nettezza spiega una certa influenza contro la manifestazione della malattia. È circoscritta quasi esclusivamente ai fanciulli. È contagiosa ed auto-inoculabile. La causa della malattia ancora non è stata ben determinata. In un certo numero di casi segue alla vaccinazione (1). Talvolta si presenta in forma di epidemia (2). È certo che in alcuni anni sembra più predominante che in altri.

**Patologia.** — Le opinioni degli osservatori sono un poco in contraddizione circa la natura della malattia, poichè alcuni sostengono che dipenda dalla presenza di un organismo vegetale, altri che non si possa dimostrare nessuna causa. K o h n (3), Piffard (4) e Geber (5) descrivono un fungo che si mostra in forma di croste; le produzioni scoperte dai due primi dei su citati autori, però, non sono le stesse. K o h n trovò un parassita lussureggiante, consistente in un sottile e lungo micelio, che avea diramazioni ed era della forma di una forchetta, ciascun filamento terminava con un'estremità nodosa e refrangente. Costituiva una densa rete, la quale qua e là assumeva la forma distinta di occhielli. Complessivamente rassomigliava al tricotofon che si osserva nella tigna circinata, ma differiva da questo in quanto che non era se non la metà grosso. Qua e là vedevasi in uno stato di proliferazione. L'organismo vegetale descritto da Piffard, d'altra parte, è composto di elementi di varia forma e grandezza, per la massima parte minutissimi, circolari, ovali, in forma di biscotto e simili a bastoncelli. Non vi erano nè micelii, nè spore (6). Geber ritiene che la malattia sia una forma speciale di tigna circinata e quindi dipendente dal tricotofon, la quale opinione credo che non sia sostenuta da altri. Altri osservatori, e con questi io pure, non hanno potuto dimostrare la sua natura parassitaria. Tilbury Fox, a cui va concesso il merito di avere per il primo descritto la malattia (7), non ha potuto mai trovar fungo nelle vescichette; egli, però, ha scoperto funghi nelle croste, i quali per altro sono da lui ritenuti accidentali.

**Diagnosi.** — La malattia si può facilmente confondere con l'e-

(1) La parentela fra l'impetigo contagiosa e la vaccinazione ancora non è chiara, ma sembra probabile che fra loro vi sia una certa relazione. I casi che sono capitati sotto la mia osservazione parecchie volte sono stati consecutivi alla vaccinazione.

(2) Veggasi un lavoro del Dr. Arturo Van Harlingen, 'Medical and Surgical Reporter, Sept. 8, 1877. In poche settimane molti casi, provenienti da diversi quartieri della città, furono osservati nei diversi stabilimenti ai quali appartengono il Dr. Van Harlingen e lo scrittore.

(3) Wien. Med. Presse, June 4, 1871.

(4) New York Med. Journ., June, 1872.

(5) Wien. Med. Presse, Nri. 23, 24, 1876.

(6) Il Dr. Piffard nelle sue ricerche due volte trovò un fungo simile a quello descritto da K o h n, ma egli inclina a credere che ciò fu un fatto accidentale.

Nel numero di luglio 1872 del New York Med. Jour., 'il Dr. Piffard tratta dell'impetigo contagiosa e delle sue relazioni con la vaccina. Fu fatta una serie di studii microscopici sulle croste della vaccina e sempre trovò gli stessi corpi fungoidi osservati nell'impetigo contagiosa.

(7) Brit. Med. Journ., 1864; anche nel Journ. of Cutaneous Medicine, 1868.

eczema pustoloso e con l'impetigo; si può sempre distinguere da questa malattia per la storia, il carattere ed il corso delle lesioni. La crosta è superficiale e sembra, come asserisce Tilbury Fox, che siasi attaccata sulla pelle. Le lesioni ordinariamente sono isolate e non destano che poco prurito e per queste due particolarità differiscono da quelle dell'eczema. La pustola d'impetigo è molto sporgente; quella d'impetigo contagiosa o è schiacciata o tende a divenir tale. Può anche rassomigliare alla varicella. Amendue le affezioni per lo più si mostrano sulla faccia. Le vescichette e le vescico-pustole della varicella però sono più piccole e proporzionalmente non sono accompagnate dallo stesso grado di formazione di croste, nè queste sono per colore e consistenza dello stesso carattere. L'ordinaria distribuzione della varicella sulle varie regioni del corpo serve anche a distinguere le due malattie. Le lesioni della varicella sono inoltre generalmente più numerose di quelle dell'impetigo contagiosa. Finalmente la malattia si deve distinguere dal penfigo e dall'erpate iridato.

**Cura.** — I più blandi rimedii son quelli che debbonsi adoperare, giacchè il morbo tende alla guarigione spontanea. L'unguento di ossido di zinco e la nettezza spesso basteranno allo scopo. Un unguento composto di 69 centigrammi di ammoniuro di mercurio per ogni 31 grammi si può pure usare con vantaggio.

**Prognosi.** — E sempre favorevole.

#### ECTIMA.

L'ectima si distingue per la formazione di una o più pustole discrete, schiacciate, della grandezza dell'unghia di un dito, situate sovra una base infiammatoria dura, seguite da una escoriazione o da una crosta brunastra.

Ordinariamente le pustole sono bene sviluppate. Esse possono essere una o molte, talvolta se ne osserva una dozzina. Son di forma rotondeggiante od ovoide, circoscritte, con margine preciso. Sono notevolmente schiacciate e larghe e perciò di raro sono completamente distese. A principio il loro colore è giallastro; più tardi, per lo più, divengono alquanto rossastre a causa della presenza di sangue. La grandezza varia da quella di una piccola ad una grande unghia di un dito. Immediatamente intorno al loro margine la pelle d'ordinario è rosso vivo e forma un'areola di notevole estensione, che per lo più è dura e dolente al tatto. Passati pochi giorni le lesioni divengono flaccide, cominciano a disseccarsi e si convertono in croste schiacciate di colore brunastrò. Non sono aderenti e possono essere portate via, ed allora si osserva un'escoriazione, coverta da un secreto sanioso giallastro. La distruzione del tessuto giunge appena all'ulcerazione. Le estremità, massime le gambe, le spalle ed il dorso, sono le regioni comunemente attaccate. Le lesioni hanno un corso acuto, poichè compiono la loro vita in cinque a dieci giorni; cominciata la formazione delle croste l'affezione procede più lentamente e finisce in quasi una quindicina di giorni, poichè le croste cadono e lasciano una pigmentazione in grado più o meno avanzato. Le pustole si ponno riformare successivamente durante la prima settimana, aparendone nuove ogni giorno. Quando la loro causa continua ad agire possono continuare a vedersi per



un periodo indefinito. Talvolta la malattia è annunciata da leggiera alterazione febbrile, che tende a cessare col manifestarsi dell'eruzione. Le lesioni sono accompagnate da calore, da prurito più o meno forte, e da un certo grado di dolore. L'ectima osservasi nei fanciulli e negli adulti e può presentarsi in qualunque periodo della vita. Quasi invariabilmente si mostra in coloro che sono poveramente nutriti, che lavorano molto e trascurano la nettezza.

**Etiologia.** — Le cause del morbo stanno in tutte quelle influenze che tendono a far abbassare il tono organico normale. Frequentissimamente si osserva nelle prigioni, nelle case dei poveri, nelle case di ricovero e fra coloro che vivono nello squallore e nella miseria. Di raro si osserva nelle classi superiori o in quelli che badano alla propria nettezza. Un'alimentazione cattiva ed insufficiente, la mancanza di ventilazione, il lavoro esagerato e la sporcizia sono tutte cause che possono provocare la malattia. In quelli predisposti all'ectima, perchè vivono in mezzo alle condizioni sopra dette, la malattia può essere prodotta da varii agenti o irritanti esterni, fra cui i parassiti animali ed il grattamento occupano un posto importante. Non è contagiosa. È però auto-inoculabile, anche dopo parecchie generazioni ottenute con la cultura, come dimostrano gli esperimenti di Vidal (1).

**Patologia.** — Il morbo è notevolmente infiammatorio e tende all'immediata formazione di pus. L'alterazione cutanea è grave, come mostrano il rapido sviluppo delle lesioni, la loro estensione e la loro base dura, infiammata e dolente. È un processo pustoloso tipico. Cominciando come pustola tende ad assumere subito le sue definite proporzioni. La lesione è superficiale, giacchè l'escoriazione non si estende oltre lo strato papillare del derma. Talvolta si osserva leggiera cicatrice, che però non è permanente. Vi è anche pigmentazione, che in poche settimane o mesi anche finisce. Nella razza colorata si osserva la mancanza del pigmento normale.

**Diagnosi.** — L'ectima si può confondere con l'eczema pustoloso, con l'impetigo, con l'impetigo contagiosa, con l'impetigo erpetiforme e col sifiloderma esteso, pustoloso, schiacciato. Si può distinguere dall'eczema per la grandezza e forma delle sue pustole, non che per essere discrete. La base dura, infiammata con estesa areola; la pustola larga e schiacciata; il suo corso; l'escoriazione e la crosta brunastra o nerastra, serviranno inoltre a distinguerlo dall'eczema. Si può distinguere dall'impetigo per il carattere della pustola e della crosta. Differisce dall'impetigo contagiosa per la sua natura non contagiosa; per il carattere della lesione; per il colore e l'aspetto della crosta; per la regione passionata e per lo stato generale dello infermo. È soggetta a confondersi con l'impetigo erpetiforme, le cui lesioni talvolta possono rassomigliare molto all'ectima; la storia del caso, il corso delle pustole, l'aggruppamento ed il modo di eruzione nella prima malattia coadiuveranno la diagnosi.

L'affezione ha una grande rassomiglianza col sifiloderma largo, schiacciato, pustoloso (2). Il suo corso, però, è diverso da quello

(1) Annales de Derm. et de Syph., t. ix. No. 5.

(2) Ho trovato che questo carattere è speciale della razza colorata, in cui mancano l'areola ed il colore della eruzione.

del sifiloderma; si sviluppa più rapidamente e per lo più finisce in poche settimane. Nell'ectima inoltre, vi sono calore e dolore ed altri segni di alterazione locale, maggiori di quelli della sifilide. Le note delle ulcere bastano a distinguere le due malattie: nello ectima l'ulcerazione è leggiera e superficiale; nella sifilide i margini sono tagliati a picco e più o meno profondi, e l'escavazione è coperta da liquido denso, giallastro, puriforme. Le croste dell'ectima sono brunastre; nella sifilide generalmente sono nere, verdastre. Nello ectima la loro massa è minore di quella che osservasi nella sifilide e non tendono ad agglomerarsi a strati. Se trattasi di sifilide, quasi invariabilmente vi sono altri sintomi che anche coadiuveranno la diagnosi.

**Cura.** — La malattia cede subito ai rimedii convenienti. Bisogna adottare tutti i mezzi allo scopo di ristabilire la buona salute. È importante la dieta e deve consistere dei più nutritivi e opportuni cibi, inclusi la carne, le uova, il latte, la birra ed altri alimenti che possono rialzare il tono dell'organismo. Le condizioni igieniche circumambienti debbono essere anche vigilate; nettezza, bagni, aria fresca, moto, opportuno riposo, tutto deve essere studiato e regolato. Dobbiamo ricordare che la malattia è cagionata dalla debolezza; frequentemente i mezzi sopra indicati da se soli basteranno ad arrestarla. Nondimeno è bene amministrare i tonici, fra cui i preparati di ferro, la chinina, la stricnina e gli acidi minerali, saranno i più efficaci. La cura locale varierà secondo il periodo in cui trovansi le lesioni. Durante la prima settimane i bagni alcalini, 124 grammi di bicarbonato di soda per ogni bagno, si possono ordinare; varie lavande rinfrescanti sono pure utili, come in ogni altra condizione infiammatoria della pelle. Dopo che si sono formate le croste, si debbono allontanare mediante i cataplasmi o l'acqua ed applicare un unguento stimolante blando:

Pr. Unguento di ossido di zinco benzoato grammi	31
Ammoniuro di mercurio	» 1,20
M. F. unguento.	

Se la tendenza alla guarigione è scarsa si possono toccare le squame con sostanze più stimolanti, come il nitrato di argento o l'acido carbolico allungato o con una soluzione di cloruro di sodio. È appena necessario dire che se vi sono parassiti o altri irritanti esterni debbono essere allontanati.

**Prognosi.** — Questa è sempre favorevole. Ordinariamente bastano poche settimane per fare ricuperare all'infermo la salute, ammesso che si possa ottenere un completo cangiamento e che la cura sia attuata.

## PSORIASI.

*Sin.*; Lepra; Leprosia; Leprosia; Psora; *Ted.*, Psoriasis; Schuppenflechte; *Fr.*, Psoriasis.

La psoriasi è una malattia cronica cutanea, caratterizzata da isole rossastre, leggermente sporgenti, secche, infiammate, che variano per grandezza, forma e numero, coperte da copiose squame biancastre o grigiastre, del colore della madreperla, embricate.

**Sintomi.** — La psoriasi, come altri morbi infiammatorii della pelle, varia molto quanto ad estensione del suo sviluppo, in un caso mostrando un'eruzione ben formata e tipica, in un altro lesioni imperfettamente definite. Comincia con la formazione di piccole macchie rossastre, appena sollevate sul livello della cute, che si coprono immediatamente di squame biancastre, embricate. Queste lesioni per lo più aumentano con rapidità e spesso in poche settimane costituiscono isole grandi quanto una moneta. Le squame si osservano sin dal principio e stanno superficialmente sulla pelle arrossita ed infiammata. La rapidità con cui le prime lesioni talvolta si estendono è notevole, massime se si riflette che il processo subito assume un corso cronico. Più spesso, però, l'eruzione è torpida sin dal principio, erompe con lentezza e forse passiona soltanto una piccola parte del corpo. La superficie cutanea attaccata varia molto; può essere sede della malattia un breve tratto di cute o anche tutta quella del corpo. In altri casi non vi è che una sola piccola isola di alterazione. Comunemente si vede che è costituita da molte isole, sparse sovra il corpo, che tendono ad avere un corso variabile e lento. Queste isole, fra cui vi è tessuto perfettamente sano, sono molto caratteristiche, giacchè i loro margini bruchi e ben definiti le fanno ben risaltare all'occhio. Possono essere o pallide o rosse, o rosso-nere, secondo il grado dell'infiammazione ed il sito ed invariabilmente sono coperte da squame biancastre, ammassate, ordinariamente in tal quantità da nascondere più o meno il colore della cute sottostante. Quando sono di una certa grandezza le isole leggermente sporgono e ponno avere un margine percettibile; se le squame sono copiose l'elevazione è più manifesta.

Le squame sono speciali e caratteristiche della malattia. Ordinariamente sono copiose e cadono in gran quantità; quanto più attiva è l'infiammazione, tanto maggiore e la quantità prodotta e mandata via, talchè, quantunque sempre presente, essa varia. Hanno un colore biancastro, brillante, di madreperla; sono embricate, e formano lamine, che aderiscono leggermente alla pelle. Si possono asportare con facilità e quando la pelle è denudata si può vedere una superficie rossastra che tende a sanguinare in forma di gocce minute quanto punte di spillo. Ma in nessun'epoca vi è secrezione acquosa; l'isola, tranne quando vi sono poche gocce di sangue provocate dal grattamento, rimane sempre secca e squamosa. Ponno esservi ragadi, specialmente quando la malattia attacca le articolazioni o parti soggette al movimento; possono anche mostrarsi sovra larghe isole. Il grado d'infiammazione che accompagna la malattia varia. Talvolta è molto avanzata, come si rende manife-



sto con l'intenso rossore, col calore, col turgore e col bruciore o prurito, mentre altre volte, e comunemente, questi segni sono meno notevoli. Spesso, però, la malattia è accompagnata da un grado maggiore o minore di prurito. Un sintomo frequente è anche il bruciore quando la superficie cutanea è attaccata da un'attiva infiammazione. La malattia molto di rado è accompagnata da alterazione febbrile. È una malattia molto cronica, giacchè, quantunque qualche isola può sparire, generalmente se ne mostrano altre e la malattia così continua per un lungo periodo. Pur quando tutte le tracce sono così sparite, le ricadute sono comuni, a breve o a lungo intervallo.

L'eruzione assume diversi aspetti quanto ad estensione e forma delle isole, alcune delle quali sono tanto frequenti da meritare nomi speciali. Questi nomi denotano semplicemente la forma o i confini che la malattia ha acquistato e non significano qualche differenza nel carattere delle lesioni anatomiche. Quando la psoriasi si presenta come un'eruzione limitata con lesioni grandi quanto una testa di spillo chiamasi **PSORIASI PUNTEGGIATA**. Questa forma è rara, giacchè, quantunque tutti i casi comincino in questo modo, raramente restano in questo stato, ma, per lo più, subito passano ad una forma più diffusa. La **PSORIASI GUTTATA** è così detta per indicare la malattia quando ha la forma e la grandezza di gocce, che, se sono coperte da squame, sembrano gocce di gesso. Questa forma si osserva più frequentemente della punteggiata, come che il processo morboso si soffermi di raro a questo periodo per un certo tempo. Si dà il nome di **PSORIASI NUMMULARE**, quando l'eruzione rassomiglia a monete di varia grandezza ed è il periodo che si osserva dopo del precedente. Le lesioni non raramente cessano di crescere quando sono giunte a questa fase, e spesso restano in questo stato per tutto il loro corso. Talvolta le isole si fanno chiare nel centro, lasciandovi la pelle normale, mentre continuano ad estendersi alla periferia, come la tigna circinata; in tal caso chiamasi **PSORIASI CIRCINATA**. Questi cerchi possono confluire presto o tardi nel corso della loro esistenza e formano semicerchi interrotti e segmenti di cerchi, che possono presentare un aspetto figurato, festonato o nastriforme, a cui si dà il nome di **PSORIASI CERCHIATA**. Quando le isole sono larghe e di forma irregolare, e coprono una notevole superficie, si usa il nome di **PSORIASI DIFFUSA**. Quanto alla grandezza delle singole isole dobbiamo dire che differiscono molto secondo la gravità del processo ed altre circostanze. Talvolta raggiungono una grande estensione e possono avere un diametro di tre, quattro ad otto pollici; quando due o più isole si sono congiunte, perchè si sono penetrate scambievolmente, vi possono essere grandi aree, che coprono una notevole porzione di un membro o del tronco.

La malattia si può manifestare in qualunque parte del corpo, come che si presenti a preferenza in alcune determinate regioni. Le superficie di estensione delle membra sono specialmente disposte all'eruzione (1). Frequentemente sono attaccati per i primi i gomiti e le ginocchia ed ivi possono esservi tratti alterati dalla malattia

(1) Veggasi la tav. B nel mio *Atlas of Skin Diseases*.

senza che questa contemporaneamente si osservasse in altri punti. Il dorso è attaccato più spesso del petto. La faccia è passionata più raramente, ma il cranio è sovente sede del morbo. Le palme delle mani e le piante dei piedi ponno anche essere attaccate, vuoi sole, vuoi contemporaneamente ad altri siti del corpo, ma ivi la malattia è rara. Le unghie talvolta si alterano, ma di raro, se non mai, a meno che l'eruzione non sia in atto anche sulla pelle. La malattia presenta alcune differenze apparentemente secondo che osservasi in una o in altra parte del corpo. Sul cranio spesso mostrasi in forma di spirale o di strisce irregolari. Da questo sito si può estendere un poco alle parti sprovviste di capelli, sicchè spesso si osserva sulle orecchie e sul fronte vicino alla linea in cui cominciano i capelli. Quando la malattia trovasi soltanto sul cranio spesso è difficile diagnosticarla. La psoriasi probabilmente non ha luogo mai sulle mucose (1). Io non ve l'ho mai osservata. Non è contagiosa.

**Etiologia.** — La causa della malattia varia nei diversi casi, non essendovi nessuna causa nota che produca la eruzione. Al contrario si vede manifestarsi in condizioni del corpo diametralmente opposte fra di loro, come nell'*anemia* e nella *plethora*. Indubitatamente in alcuni individui vi è una predisposizione al morbo, che può essere ereditaria o derivare da qualche causa che non si può valutare. In questi casi la malattia tende a presentarsi in varie epoche durante la vita dello infermo.

La psoriasi per lo più si osserva in coloro che godono della miglior salute, in coloro che sono ben nutriti e forti ed anche in quelli che hanno una pelle fina e di colore molto chiaro. D'altra parte non di raro si osserva anche in individui che sono andati molto giù con lo stato generale del loro organismo e che si nutrono insufficientemente e poveramente. Si presenta in ambo i sessi quasi in egual proporzione. Dopo la prima infanzia si può manifestare in qualunque epoca della vita, ma ordinariamente di raro erompe prima della pubertà. Nei bambini non si osserva mai. Il periodo comune della sua manifestazione è verso i venti anni, ma può anche essere un altro molto più tardivo. Può essere ereditaria, ma giusta la mia esperienza ciò è raro, giacchè la maggior parte dei casi non mostra tracce che risalgano al padre od alla madre. Non è mai prodotta dalla sifilide, nè ha alcun legame con questa malattia, sia diretto, sia remoto. La sifilide dà origine a certe forme di eruzione che rassomigliano molto alla psoriasi, ma la vera psoriasi — una semplice malattia infiammativa della pelle che non attacca nessun altro organo del corpo — è una malattia che si deve sempre distinguere dalla sifilide.

S'incontra nei ricchi e nei poveri e in tutte le classi senza notevole differenza, poichè attacca coloro che menano una vita molto attiva e coloro che la menano sedentanea. È una delle più comuni malattie cutanee, poichè presso di noi sta dopo l'eczema e le ma-

(1) I casi di cosiddetta psoriasi della bocca e specialmente della lingua, apparentemente non sono psoriasi, ma altre forme di malattia. Veggansi i lavori di W. Fairlie Clarke, *Practitioner*, Aug. 1874, ed il *Brit. Med. Jour.*, March 14 e 28, 1874; non che « *Le Psoriasis Buccal* » Parigi, 1873, per Debove.

lattie delle glandole sebacee. Le statistiche dell' American Dermatological Association presentano 533 casi su 16863 di morbi cutanei (1). Secondo la relazione di White sopra 5000 casi consecutivi di malattie cutanee osservate nel Massachusetts General Hospital, se ne videro 152 di psoriasi. Nella Scozia il morbo è più comune che qui, giacchè Anderson ne riporta 725 casi su 10000 di malattie della pelle (2). Le stagioni spiegano una certa influenza sulla psoriasi, ma non tanto quanto su altri morbi, come ad esempio sull'eczema; nello inverno ordinariamente si aggrava. I cibi e le bevande hanno poca o nessuna parte nel provocare il morbo, benchè quando ha già passionato la pelle possa essere talvolta modificato dalla dieta. Talfiata è in rapporto con la gotta ed il reumatismo, quantunque la loro parentela non sia così intima come quella che esiste fra queste due affezioni e lo eczema (3). Clinicamente in rari casi vi è una certa relazione fra la psoriasi e l'eczema, come è dimostrato dalle osservazioni di Neumann, di Campbell e di altri (4).

**Patologia.** — La malattia ha un carattere accentuato da cui di raro si scosta, sicchè il processo patologico è uno dei più precisi che si osservano sulla pelle. Il grado cui ponno giungere i sintomi infiammatorii è variabile e dipende dalla causa. L'anatomia patologica è stata studiata da parecchi osservatori. Secondo Hebra, il quale ha avuto l'opportunità di esaminare parecchi casi di psoriasi dopo la morte, in individui che erano periti per morbi intercorrenti, non resta che poco a vedere sul corpo. Ad occhio nudo osservasi che il rossore delle isole ha abbandonato la superficie cutanea e che le squame stanno molto superficialmente sulla pelle. All'opposto delle opinioni che una volta si avevano, ora si ritiene che la malattia è un'inflammazione dipendente dalla iperplasia dello strato mucoso dell'epidermide. Auspitz, (5) in un eccellente articolo originale sul rapporto dell'epidermide con lo strato papillare, fu il primo ad accordare un'azione indipendente alle cellule di Malpighi. Recentemente Tilbury Fox (6) ha detto — fondandosi sulle osservazioni cliniche e microscopiche di Neumann (7) — che la malattia non è una vera inflammatione, ma piuttosto un' « iperemia con iperplasia dell'epidermide » che consiste « primieramente

(1) Trans. Amer. Derm. Assoc., New York, 1879.

(2) Per altre statistiche veggasi l'eccellente articolo di White « Variations in type and in prevalence of diseases of the skin in different countries of equal civilization. » Trans. Internat. Med. Congress, Phila, 1877.

(3) Per ulteriori notizie su questo argomento veggasi un eccellente lavoro « On the Nature of the Gouty Vice », del Dr. Wm. H. Draper, di New York. *American Clinical Lectures*, vol. i. No. xii., 1876.

(4) Veggasi Eczema pag. 111 Neumann ed altri ammettono anche un'origine traumatica per la psoriasi; ma la malattia non può essere prodotta a questo modo se non v'è una predisposizione al suo rapido sviluppo. Viertelj. für Derm. und Syph., 1 e 2 Heft, 1877, p. 262.

(5) Archiv für Derm. und. Syph. Erstes Heft. 1870.

(6) Diseases of the Skin, 3<sup>a</sup> ed., p. 264, New York, 1873.

(7) Neumann, d'altra parte, giusta i suoi studi personali, disse che il morbo è un processo infiammatorio dello strato papillare e degli strati superiori del derma, accompagnato da esagerata produzione di cellule ed ingrossamento delle papille.



ed essenzialmente in un cattivo comportarsi degli elementi cellulari — in un perversimento dell'ordinaria vita delle cellule epidermiche ». Più di recente il Dr. A. R. Robinson di New York, ha studiato l'argomento molto a fondo ed è giunto a conclusioni simili confermate dal microscopio. Secondo Robinson (1) la malattia è essenzialmente un'iperplasia dei costituenti normali dello strato di Malpighi. L'aumento ha luogo principalmente nella porzione interpapillare dello strato, il cui sviluppo in giù produce un apparente aumento di volume delle papille del derma, le quali però, dietro una più accurata osservazione, si trovano non ingrandite. Negli ulteriori periodi del morbo i vasi più superficiali del derma si dilatano, avviene un'emigrazione più o meno notevole dei corpuscoli bianchi del sangue e le immediate vicinanze dei vasi, una al tessuto connettivo del derma, divengono sede di un'infiltrazione di cellule rotonde, che, con l'effusione del siero, divide i fascetti di tessuto connettivo e le fibre in forma di rete evidente. Durante il periodo della sparizione della malattia vi è un graduale ritorno allo stato normale, fino a che l'iperplasia, la dilatazione dei vasi sanguigni e l'infiltrazione cellulare sono completamente finite. I peli nella psoriasi si alterano fin dal cominciare del morbo, giacchè l'iperplasia dell'aguaina esterna delle loro radici, che sono le parti corrispondenti allo strato Malpighiano dell'epidermide, ha luogo con diffusione degli elementi iperplastici alla cute circostante. Le ghiandole sebacee e sudoripare non si alterano mai. Jamieson (2) di Edimburgo e Tilbury Fox (3) hanno recentemente confermato l'esattezza degli studi di Robinson.

**Diagnosi.** — La diagnosi della psoriasi tipica non presenta nessuna difficoltà, ma vi sono casi che si osservano frequentemente quando le lesioni sono molto imperfettamente sviluppate, e quando l'aspetto della malattia richiama più che un'osservazione casuale. Secondo che il morbo presentasi in una o in altra parte del corpo è facile o più o meno difficile riconoscerla; così sul tronco ordinariamente è caratteristica, mentre sul cranio le lesioni spesso sono mal definite. Per lo più vi ha un'eruzione diffusa o sparsa, largamente manifesta sulle diverse regioni del corpo e tenendo presente l'aspetto complessivo della malattia scemerà molto la difficoltà della diagnosi. Quando vi ha dubbio, si può ricorrere alla storia del caso, la quale generalmente coadiuverà la formazione di un giudizio diagnostico. La psoriasi si può confondere con l'eczema squamoso, col sifiloderma squamoso, con la tigna circinata, col lupus eritematoso, con la seborrea e con la pitiriasi rubra.

**ECZEMA.** — Quando mostrasi in una porzione circoscritta del corpo non di raro rassomiglia molto alla forma squamosa dell'eczema. Ciò specialmente incontra allorchè vi sono una o due isole, imperfettamente definite, sulle braccia o sulle gambe. L'aspetto delle due eruzioni in questi casi è spesso sorprendentemente simile e le due malattie si possono confondere con facilità. Il sintomo del prurito può esservi e può mancare nella psoriasi e perciò nè la sua presenza, nè

(1) N. Y. Med. Jour., July, 1878.

(2) Edinburgh Med. Jour., Jan. 1879.

(3) Epitome of Skin Diseases. 2<sup>a</sup> ed. americ. Filadelfia., 1879.

la sua mancanza si possono avere come criterii di diagnosi. Nello eczema però non manca mai ed ordinariamente in un grado molto più accentuato di quello della psoriasi. Nella maggior parte dei casi di eczema si saprà, investigando, che la malattia in qualche epoca è stata in una fase umida. La psoriasi, si tenga a mente, invariabilmente è un morbo secco, squamoso, che non presenta mai segni di umidità. Le squame della psoriasi sono molto più copiose, più estese e più bianche di quelle dell'eczema. Le isole di psoriasi ordinariamente sono ben definite nei loro contorni, mentre quelle di eczema in generale presentano un margine indistinto che si confonde colle parti sane.

SIFILIDE. — La psoriasi ed il sifiloderma papulo-squamoso frequentemente si confondono e talvolta la loro diagnosi differenziale è estremamente difficile. Vi sono però punti di differenza che generalmente ce le fanno distinguere. La psoriasi ha una tendenza evidente a presentarsi simmetricamente; quando vi è da un lato è di regola che vi sta dall'altro corrispondente. Ciò non avviene nel sifiloderma, giacchè di raro mostrasi in forma simmetrica, tranne sulle palme delle mani e sulle piante dei piedi, ed anche ivi è soggetto a variazioni. La psoriasi tende a passionare una larga parte della superficie cutanea contemporaneamente, il sifiloderma squamoso di raro ha questa tendenza. La psoriasi segrega un abbondante prodotto in forma di squame caratteristiche; nella sifilide queste sono scarse. La psoriasi attacca parti remote del corpo al tempo stesso, come, ad esempio, il capo e le estremità inferiori; la sifilide si circoscrive per lo più ad una sola regione del corpo. Nella psoriasi i gomiti e le ginocchia sono molto facilmente attaccati; nella sifilide ciò avviene di raro. Sulle palme delle mani e sulle piante dei piedi, quando non si manifesta anche in altre regioni, nella maggior parte dei casi trattasi più di sifilide che di psoriasi.

Il colore delle isole in amendue le affezioni è rossastro, ma è probabile che sia più vivo e più infiammatorio nella psoriasi, mentre nella sifilide è rosso-scuro. Le squame nella psoriasi mascherano il colore della pelle e danno all'isola una tinta biancastra o di madreperla; nella sifilide sono sottili e scarse e generalmente non mascherano il colore della cute. La infiltrazione in un'isola di psoriasi è meno notevole di quella della sifilide, come si accerta prendendo una piega cutanea e sollevandola fra le dita. Un'isola di psoriasi mostra infiltrazione con infiammazione; una sifilitica mostra il deposito di una sostanza resistente, nuova, cellulare.

L'età dell'infermo può essere di qualche vantaggio alla diagnosi. Nella maggior parte dei casi la psoriasi si sarà manifestata prima dei venti anni; questa forma di sifilide raramente si presenta prima della età adulta. Il corso delle due malattie è diverso. La psoriasi generalmente dura per anni, o continuamente o in forma intermittente; la sifilide di raro rimane sotto una forma per un certo periodo di tempo. Spesso nella storia si possono rintracciare altri punti che hanno un'importanza. Il prurito può, ma raramente, accompagnare questa forma di sifilide; non è insolito ed è talvolta rilevante nella psoriasi. Nei casi oscuri lo effetto della cura deciderà generalmente quale è la natura della lesione.

**TIGNA CIRCINATA.** — La psoriasi talvolta rassomiglia alla tigna circinata, ma le isole di questa ultima malattia sono meno infiammatorie, rosse ed infiltrate. Le squame nella psoriasi sono sempre più copiose che nella tigna circinata; inoltre sono più larghe, più grosse e più bianche. La tigna circinata non presenta tendenza alla simmetria nella disposizione delle isole, e non sono passionati i gomiti e le ginocchia. Il microscopio stabilisce la presenza di un fungo nelle squame della tigna circinata; nessun parassita trovasi in quelle della psoriasi. Non vi ha notizia di contagio nella psoriasi; vi è ordinariamente nella tigna circinata.

**SEBORREA.** — La seborrea non di raro presenta un aspetto simile a quello della psoriasi, tanto sul capo quanto sul corpo, sul dorso e sul petto. Sul capo le squame della seborrea sono più fine, più piccole e più disseminate di quelle di psoriasi; sono inoltre grigiastre o giallastre, untuose e per lo più hanno un carattere sebaceo. La psoriasi del capo ha luogo in forma di aree distinte; la seborrea comunemente passiona tutta la superficie cutanea. Le isole di psoriasi sono rossastre ed infiltrate; il capo nella seborrea è pallido o iperemico, ma non infiltrato. La psoriasi raramente attacca il capo senza mostrare qualche segno contemporaneamente sul tronco o sugli arti; la seborrea per lo più ha la sua sede sul solo capo.

**LUPUS ERITEMATOSO.** — Questa malattia si può confondere con la psoriasi soltanto nel suo primissimo periodo. L'alterazione, nella maggior parte dei casi, delle glandole sebacee, come mostrano i loro dotti aperti, servirà a distinguerlo dalla psoriasi. Il lupus eritematoso quasi invariabilmente attacca la faccia e raramente si vede sovra altre parti del corpo; la psoriasi di raro presentasi sulla faccia soltanto. Il lupus eritematoso presenta squame giallastre, sebacee; la psoriasi squame biancastre, secche, embricate. Il lupus eritematoso ha un corso cronico; la psoriasi può cangiare di sede e di carattere di tratto in tratto.

**Cura.** — Bisogna studiar questa quanto al generale e localmente, essendo importante sotto amendui gli aspetti. Ordinariamente, e si fa bene, si adoperano i due metodi di cura al tempo stesso, giacchè la psoriasi è una delle più ostinate malattie infiammative e richiede tutti i più efficaci rimedii per migliorare.

**CURA GENERALE.** — Prima di fare la prescrizione in un caso di psoriasi vi sono alcuni punti da determinare. In primo luogo fa d'uopo considerare il morbo complessivamente e fare uno studio completo della sua storia prima di stabilire qualsiasi piano di cura. Si vedrà che a seconda della varietà dei casi saranno richiesti diversi metodi terapeutici e che una cura utile in un caso è nociva in un altro. Bisogna studiare lo stato generale dell'infermo e vedere se è forte e muscoloso o delicato e mingherlino; inoltre se vi è qualche alterazione funzionale che possa agire come una causa eccitante dello attacco. È necessario dare uno sguardo alla durata ed al corso del morbo; conoscere da quanto tempo esiste; se è stato continuo o se è apparso e sparito di quando in quando in periodi fissi; se è leggiero o diffuso e finalmente se è una malattia recente o di lunga durata. Questi e simili punti sono tutti importanti e ci coadiuvano a stabilire una cura razionale e soddisfacente.

Fra le medicine che più si usano nel curare la psoriasi in pri-



mo luogo dobbiamo ricordare l'arsenico. Nella maggior parte dei casi l'arsenico, dato giudiziosamente, è la più efficace medicina di cui disponiamo. Dico giudiziosamente, poichè spesso si prescrive in dosi inadatte e se ne fa continuare l'uso all'infermo indefinitamente, cagionando sovente effetti tossici, senza procurare miglioramento. L'arsenico, come ogni altra potente medicina, si deve amministrare col debito riguardo allo stato generale della salute dell'infermo, che non si dee mai fare alterare. Si deve mettere in guardia l'ammalato contro i suoi possibili spiacevoli effetti e deve eziandio stare costantemente sotto la sorveglianza del medico. I sintomi tossici non si debbono mai far sorgere, giacchè essi non solo sono molesti e talvolta positivamente dannosi all'ammalato, ma non affrettano la guarigione. L'arsenico non è affatto sempre opportuno per ogni caso di psoriasi, nè si deve prescrivere in ogni periodo della malattia. Se si dà nel periodo acuto può prodarre più male che bene. Si può affermare che quanto meno attivo è il processo patologico tanto più probabile è la benefica azione dell'arsenico. Se la malattia dunque è accompagnata da sintomi molto infiammatorii è bene sospenderne l'amministrazione fino a che questo periodo sia relativamente passato. Quanto minore è l'irritabilità, il calore, il prurito e l'infiltrazione sulle isole, tanto maggiore è la probabilità che l'arsenico faccia migliorare la malattia. È un errore il credere che l'arsenico sia utile in tutti i periodi del morbo. A procurare buoni risultati fa d'uopo avere una certa discrezione nel prescriverlo.

Per ottenere gli effetti curativi dell'arsenico generalmente è necessario continuarne l'uso per un notevole periodo di tempo, non di raro per mesi, come che un miglioramento per lo più osservisi nel corso di alcune settimane. Deve essere continuato per qualche tempo dopo che i sintomi sono scomparsi, scemandosene gradatamente la dose. La più desiderabile forma d'amministrazione dell'arsenico è il liquore arsenicale, che si può unire ad altre medicine, con cui può essere prescritto. Si può dare col vino ferrato o con un infuso amaro, come di genziana o di colombo, o con lo sciroppo di cortecce di arance e col zenzero e l'acqua. Non si deve mai prescrivere solo, o pure dicendo all'infermo di prenderne un determinato numero di gocce per volta. Questa pratica ha molti svantaggi, fra cui i principali sono che se ne può prendere un numero non determinato di gocce, per poca accortezza dell'infermo, e che quando non è abbastanza diluito può disturbare lo stomaco. Si deve convenientemente sciogliere nell'acqua e prendere subito dopo i pasti. Ordinariamente è bene prescrivere una miscela di 124 grammi di cui se ne danno, tre volte al giorno, 3<sup>re</sup>, 5.

Io prescrivo frequentemente la formola che segue :

Pr: Liquore arsenicale gram. 5,20  
Vino ferrato gram. 112.

M. — S. Una cucchiata da tè, in un bicchiere da vino pieno di acqua, tre volte al giorno, subito dopo i pasti.

La dose qui è di tre gocce, che è una dose media. In un adulto è meglio cominciare con non più di tre gocce, la quale quantità si può aumentare di quando in quando. Quattro, cinque ed anche

dieci gocce spesso saranno tollerate ; ma in un determinato numero d'individui si troverà che la maggior parte non potrà prenderne più di tre o quattro gocce per un certo periodo di tempo senza disturbo generale. L'acido arsenioso, in forma pillolare, si può anche prescrivere. Le pillole Asiatiche, così chiamate, si usano di varia forza e godono una certa fama nella cura della psoriasi ; ma possono produrre disturbi gastrici e non sono tollerate bene come la soluzione di Fowler. La loro composizione è la seguente :

Pr: Acido arsenioso	centigr. 12.
Pepe nero	gram. 2,40.
Polvere di radice di liquirizia	gram. 2,40.

M. — Div. in pillole 11.

S. Una pillola tre volte al giorno, immediatamente dopo i pasti.

Gli spiacevoli sintomi provenienti dall'uso dell'arsenico non si debbono mai dimenticare, se si manifestassero non si devono trascurare. Questi effetti variano estremamente. Vi sono alcuni individui i quali sono molto sensibili all'influenza di questo minerale e ne sono avvelenati con la più piccola dose. Io ho veduto sorgere sintomi allarmanti dietro l'amministrazione di dosi che non superavano la mezza goccia, come rossore, calore, secchezza ed irritabilità delle fauci, dolore nei globi oculari, lagrimazione, iniezione della congiuntiva, dolor di capo, e disturbi intestinali. Parte di questi sintomi, se non tutti, quando l'individuo sta sotto gli effetti tossici del rimedio sono presenti, o che se ne abbia presa una piccola dose, a causa di un'idiosincrasia, o una maggior quantità che ha saturato l'organismo. In queste circostanze la medicina si deve sospendere fino a che lo stato normale non sia riacquisito, ed allora si dee stare attenti che non si ripeta simile accidente. Gli effetti dispiacevoli ordinariamente cessano non appena si sospende il rimedio. L'arsenico è un medicamento sicuro quando si prende sotto la vigilanza del medico ; ma non si deve mai prescrivere senza quelle cautele che si prendono per il mercurio o per la stricnina.

Il ferro ha un certo valore in alcuni casi della malattia. Talvolta agisce beneficamente quando vi è un abbassamento delle forze e del tono dell'organismo. Nelle donne che sono state nutrici, nei giovani sparuti, ed in coloro la cui salute è andata giù, può essere utile. Nella stessa classe di casi l'olio di fegato di merluzzo si può talvolta ordinare con buoni risultati ed una combinazione di questo rimedio col ferro si può adoperare vantaggiosamente. Bisogna però scegliere i casi se si vuole vedere un miglioramento.

Il fosforo è stato usato con un certo successo, come che non si possa ritenere come un rimedio su cui si possa contare. È stato usato da Hardy, di Parigi, da James, di Dublino, e da altri con diversi risultati. Secondo la mia esperienza per lo più produce disturbi gastrici. Il catrame si può anche prescrivere con speranza di guarigione ; Anderson recentemente ha parlato con favore della sua efficacia in casi in cui l'arsenico ed altri rimedii erano stati frustranei.

L'uso largo degli alcalini talvolta è ottimo. In infermi che hanno

una predisposizione alla gotta ed al reumatismo, o anche in quelli che non la presentano, si può dare il liquore di potassa con vantaggio alla dose di dieci a venti gocce molto diluite. In questi casi i sali di ammonio, di potassio e di sodio sono eziandio utili. Il carbonato di ammonio, da 60 a 180 centigrammi per dose, è raccomandato da *McCall Anderson*. L'acetato di potassa, alla dose di 1<sup>re</sup> 90 è pure un rimedio da cui talvolta io ho ottenuto buoni risultati in casi molto infiammatorii. Le varie sorgenti naturali alcaline si possono altresì prescrivere, come quelle di Vichy e di Saratoga (sorgente zampillante di Vichy). I purganti salini talvolta sono efficaci a far conseguire un migliore stato generale di salute; ma non si devono adoperare che a correggere manifesti disturbi.

La dieta nella psoriasi deve essere regolata secondo i casi speciali. Ordinariamente importa poco ciò che mangiano o bevono gli psoriaci, giacchè non sembra che la malattia subisca menomamente l'influenza della quantità o specie di cibo preso. La dieta esclusivamente animale, seguita per settimane ha prodotto la sparizione della malattia, come avvenne nel notissimo caso del Dr. *Passavant* di Francoforte, Germania. Sfortunatamente però questo felice risultato è eccezionale. In un caso grave che sembrava adatto a questo metodo di cura feci fare un'alimentazione rigorosamente animale per tre settimane, senza nessun risultato valutabile; poi una dieta rigorosa vegetale, ed in ultimo l'infermo sembrava quasi nello stesso stato in cui era prima della cura.

**CURA LOCALE.** — L'uso dei rimedii esterni deve variare secondo la durata della malattia, la sua estensione, il sito che occupa, la sua pertinacia ed il periodo in cui trovasi. Si dee tener molto conto dell'individuo che dobbiamo curare, per esempio se è uomo, donna, o giovane e se egli o ella è nel caso di attuare il metodo curativo che ci sembra più opportuno. E necessario tenere a mente che un metodo di cura che sarebbe con buon successo attuato nelle sale di un ospedale sarebbe impraticabile nelle camere delle classi più povere.

La prima cosa da ottenere è il completo allontanamento delle squame che trovansi sui siti alterati. Questo scopo si può raggiungere in diversi modi: con ripetuti lavacri di sapone molle ed acqua, con bagni semplici o alcalini, con lavacri detersivi o con unguenti caustici. A questo oggetto è specialmente utile il bagno, giacchè fa raggiungere l'intento molto più efficacemente e piacevolmente di qualsiasi altro mezzo. Quando è possibile è da adoperare sempre, giacchè in nessuna malattia cutanea è più benefico che in questa. Lo psoriaco che l'ha sperimentato conosce bene qual conforto e beneficio ritrae da questo espediente.

Se trattasi di un caso acuto, con sintomi molto infiammatorii, le applicazioni ammollienti, o di acqua o di unguenti blandi, si debbono usare, poichè la pelle in questo periodo raramente tollererà i potenti stimolanti che stanno bene in un periodo più tardivo del morbo. In questi casi sono spesso utili le unsioni di olio di olive, strofinandolo sulle parti malate parecchie volte nel corso delle ventiquattro ore. *Duchworth*, di Londra, raccomanda questa pratica ed anche io la trovo buona. La maggior parte dei casi però, quando si presentano al medico, sono cronici e si possono appli-



carvi i rimedii stimolanti. Spogliate le parti delle squame si può mettervi uno dei preparati di catrame. Questi costituiscono i nostri più utili rimedii. Talvolta si presentano casi in cui non sono tollerati, anche nelle più piccole quantità, ed in cui bisogna subito abbandonarli. Tenendo presente ciò è bene non applicar mai nessun preparato di catrame sovra una larga superficie fino a che non sia stato accertato che conviene alla pelle. Quando vi è un'idiosincrasia, o quando il catrame non è adatto al caso, le parti su cui è stato immediatamente applicato divengono rosse, tumide, calde, vi si sente prurito o dolore. Nella maggior parte dei casi, però, il catrame, nella forma di unguento o di soluzione, è ben sopportato e molto utile.

La pece liquida, catrame comune, o l'olio cadino, olio di cade, si possono usare. Entrambi questi preparati sono efficaci e si possono combinare in diversi modi. Un unguento composto da 3<sup>gr.</sup>,80 a 7<sup>gr.</sup>,60 di catrame o di olio di cade per ogni 31 grammi di lardo o di unguento di petrolio si può prescrivere. L'unguento di Wilkinson, modificato da Hebra nel modo seguente, sarà anche utile.

Pr. Zolfo sublimato	
Olio cadino	
ana gram.	15,20
Sapone verde	
Adipe	
ana gram.	31
Creta preparata gram.	9,50
M. F. unguento.	

Un altro preparato consiste in 3<sup>gr.</sup>,80 o più di olio di cade per 31 gr. di alcool, che si strofina anche sulle parti ammalate, con un pezzo di flanella o con una spazzola dura. Nell'applicare qualsiasi preparato bisogna usarlo in piccole quantità e farlo penetrare nella cute. Si deve energicamente strofinare sulla parte e non spalmarlo sulla superficie cutanea. Ciò importa molto ed il medico deve sorvegliarne l'applicazione. La pulizia delle parti ammalate e l'applicazione dell'unguento o del liquido si devono fare una o due volte al giorno. Il cosiddetto bagno di catrame si può anche usare. Consiste nel portare via le squame per mezzo del sapone di potassa e nell'applicare il catrame o uno degli olii derivativi e fare restare l'infermo in un bagno per parecchie ore. Una mistura proposta da Hebra, composta di parti eguali di pece liquida, di alcool e di sapone verde, costituisce un preparato che si usa con vantaggio nei casi ostinati. Anderson l'ha chiamato « tintura di sapone verde e pece ». Il *liquor picis alkalinus* di cui abbiamo fatto cenno nel discorrere della cura dello eczema, si può anche usare, come nell'eczema. Nella maggior parte dei casi pertanto son da preferire gli unguenti.

Talvolta il catrame dà origine a disturbi generali, prodotti dal suo assorbimento. Fra questi la febbre, il dolor di capo, il vomito di liquido scuro, l'alterazione del colore delle feci e dell'urina possono essere ricordati. Suspendendo però il catrame questi sintomi finiscono e non sono seguiti da serie conseguenze. Quanto maggiore

è la superficie coperta di catrame, tanto più probabile è l'assorbimento dello stesso. Nella cura di un caso di psoriasi di ordinaria gravezza è raro che si notino tali effetti. L'uso protratto del catrame talvolta è seguito da un'inflammazione delle glandole sebacee. Il creosoto si può anche usare nella forma di unguento in dose variante da 3<sup>re</sup>,80 a 15<sup>re</sup>,20 per ogni 31 gr. Squire, di Londra, lo raccomanda alla dose di 62 gr. per 31 gr. di cerato semplice.

Nei casi in cui non è attuabile l'applicazione del catrame o per l'odore, o per l'intolleranza della cute, si possono prescrivere altri unguenti ed usarli in modo simile. L'acido carbolico, come lavanda od unguento, spesso sarà utile, come che sia molto inferiore al catrame. Crocker (1) propone il timol come succedaneo dei preparati di catrame, giacchè quello ha su questo il vantaggio di non aver colore e di essere d'odore non disgustoso. Si può usare come unguento alla dose di 30 a 180 centigrammi per ogni 31 grammi. Quando le isole sono piccole e scarse si possono ottenere buoni risultati dall'unguento di nitrato di mercurio, o alla dose officinale o più debole, — da 3<sup>re</sup>,80 a 15,20 per ogni 31 gr. Il bijoduro di mercurio, da 30 a 90 centigrammi per ogni 31 gr., è anche un rimedio utile, molto apprezzato in Francia. L'unguento officinale di precipitato bianco, o un unguento di protoioduro di mercurio, 90 a 112 centigrammi per ogni 31 gr. si può anche tener presente come efficace; 30 centigrammi di precipitato bianco e 30 di rosso per ogni 31 gr. anche costituiscono un efficace unguento, molto usato in Inghilterra. È bene, però, limitare l'applicazione degli unguenti mercuriali a piccoli tratti cutanei, a causa dello assorbimento. Nei casi in cui le isole di psoriasi sono della grandezza di una moneta ed ostinate, si possono con successo curare, come raccomanda Anderson, col liquido vescicatorio cantaridato. Il cucchiaino cutaneo in questi casi è anche stato raccomandato, massime insieme al catrame o ad altri rimedii. Io però, nella mia pratica, non ne ho veduto seguire effetti degni di nota. Talvolta è anche vantaggioso l'acido acetico.

La cura coll'acido crisofanico, o crisarobina, come dice Liebermann, introdotto nella pratica da Squire, di Londra, possiamo qui menzionarla. È una polvere cristallina giallo d'oro, solubile nell'alcool, nel belzoino e nell'adipe caldo, tratta dalla « polvere di goa » (prodotto di un albero Brasiliano), che per lungo tempo ha goduto fama nelle regioni orientali come parassiticide. Si usa meglio nella forma di unguento, alla dose variante di 60 centigrammi a 3<sup>re</sup>,80 per ogni 31 gr. di lardo o di unguento di petrolio (2). Squire e Kaposi danno formole per prepararlo della forza di 7<sup>re</sup>,60 per 31 gr.; ma in queste proporzioni si deve maneggiare con precauzione. Dopo poche applicazioni le squame spariscono e le isole divengono biancastre con una tinta purpurea, brunastra ai margini e sulla pelle con cui l'unguento è stato in contatto. Il rimedio è efficace ed agisce rapidamente, distruggendo

(1) Brit. Med. Jour., Feb. 16, 1878.

(2) Come trovasi in commercio varia notevolmente per forza, secondo che proviene da una o altra sorgente. Perciò bisogna essere cauti nel prescrivere il rimedio; è condotta prudente cominciare sempre con un unguento debole.

le lesioni, in alcuni casi con notevole celerità. Si è detto molto in favore di questa cura dai dermatologi dopo introdotta pochi anni dietro, mentre d'altra parte, altri non hanno voluto accordare al rimedio un posto così importante. Come è noto ha svantaggi, i quali, secondo me, sono gravi e ne rendono limitato l'uso. Può irritare ed infiammare la pelle, cagionando una dermatite acuta, caratterizzata da un grado variabile di tumefazione, calore, prurito e dolore, talvolta da infiammazione follicolare o furuncolare e sempre da macchie variegiate della cute, porporine o color di mogano. La dermatite non di raro si diffonde alla cute sana oltre i limiti della parte in cui è stato applicato il rimedio e può anche apparire in regioni distinte. Si possono manifestare anche sintomi costituzionali. Non si deve mai applicare il rimedio sul capo, potendo avvenire tumefazione ed edema delle palpebre, nè sovra una larga superficie. Contiene una sostanza colorante che, come si è detto, macchia la pelle, i peli, le unghie e la biancheria dell'infermo. In tutti i casi il preparato usato a principio deve essere debole ed applicato ad una piccola superficie, fino a che non sieno state accertate la sua forza e la sensibilità cutanea.

Un rimedio simile, efficace e meno oppugnabile l'abbiamo nello acido pirogallico, che ha una relazione chimica con l'acido crisofanico e fu usato la prima volta nella cura della psoriasi da J a r i s c h, di Vienna. Si adopera meglio come unguento alla dose di 60 a 240 centigrammi per 31 grammi. Talvolta si possono usare 5<sup>gr</sup>, 70 per 31 gr., per esempio, sul capo, ma i preparati più forti agiscono come caustici. Non produce dolore, nè infiammazione della pelle circostante, ma cagiona una macchia brunastra sulla pelle sana e sulla malata. Macchia anche i capelli, quelli chiari divengono brunastri; i capelli neri non ne sono molto alterati. La sua azione è più lenta di quella dell'acido crisofanico, ma è efficace. Non si deve mai usare su tutta la superficie cutanea, giacchè ponno prodursi sintomi generali, come stranguria e urina verdastra o nerastra, con febbre, dovuti all'assorbimento.

Sui benefici da ritrarre dall'uso sistematico del sapone verde nella cura della psoriasi, come raccomanda H e b r a, poco dobbiamo dire. Questo sapone, che ha proprietà caustiche, si può stropicciare sulle parti alterate senza acqua e vi si può lasciare. L'operazione deve essere ripetuta due volte al giorno per quattro o sei giorni; poi una volta al giorno fino al decimo; dopo di ciò l'infermo non deve applicare nulla per cinque giorni e allora si può ordinare un bagno. Questo non si prenderà fino a che l'epidermide non ha cominciato a distaccarsi; se si fa il bagno quando ancora si usa il sapone, o prima che sia avvenuta la desquamazione, si produrrà tensione e spiacevole sensazione di raggrinzamento della pelle, con ragadi.

Il sapone, con acqua, o con alcool, in forma di « spirito saponato alcalino » di H e b r a, composto di due parti di sapone e di una di alcool, si può usare con eccellente risultato nella psoriasi del cranio. Ad esso si può far seguire la « tintura di sapone verde con pece » o una miscela di olio di cade e di olio di mandorle dolci, 3<sup>gr</sup>, 80 per 31 gr. L'acido carbolico, dieci o quindici gocce per 31 gr. di alcool o di glicerina ed acqua è anche buono. Quando le isole di psoriasi sono ostinate, di grandezza limitata, una soluzione



di solfuro di calcio si può usare con buon risultato, secondo la seguente formola:

Pr. Calce	gram.	15,50
Solfo sublimato	»	31
Acqua	»	310

Fa bollire e ridurre a 186 grammi e filtra.

S. — Soluzione di Vleminckx.

Si deve stropicciare sulla parte con un pezzo di flanella fino a che si vede una leggiera sanguinazione. Dopo si bagneranno le isole con acqua freddà e consecutivamente si ungeranno con un olio blando o con cerato. Questa cura generalmente è efficace, ma talvolta è dolorosa; non si deve mettere in pratica quando la malattia è diffusa.

Abbiamo parlato del bagno soltanto come mezzo per allontanare le squame; questo mezzo dee anche esser tenuto in conto di agente curativo. Varii bagni minerali talvolta sono benefici e fanno migliorare la malattia, se non definitivamente, almeno temporaneamente; si debbono usare in continuazione per parecchie ore ogni giorno. Quelli che contengono zolfo, come son quelli di Virginia e di New York (Sharon e Richfield), son da raccomandare in special modo.

Nei casi in cui l'eruzione è circoscritta si possono avere buoni effetti dagl'impacchi freddi. La parte,—per esempio un arto—deve essere avviluppata in un panno precedentemente immerso nell'acqua fredda e poi spremuto, e poi si avvolgerà il tutto con una tela impermeabile. Questa medicatura si può far la sera lasciandola fino alla mattina seguente. Si possono usare anche con vantaggio impacchi più estesi, avvolgendo allo stesso modo tutto il corpo con lenzuola umide e circondandolo con coverte di lana in luogo della tela impermeabile. L'infermo deve essere completamente avvolto e stretto nel lenzuolo e poi avviluppato bene in una coverta di lana per mezzo di corregge. Si permetterà una sufficiente copertura esterna. Dopo che è rimasto in questo impacco per un'ora o due si può fare un bagno freddo per immersione, che sarà seguito da una passeggiata o da qualche altro esercizio. Si farà bere molto l'ammalato per promuovere la perspirazione. Questo processo si può ripetere una o due volte nelle ventiquattro ore.

**Prognosi.** — Ordinariamente la psoriasi tende a frequenti recidive. Un attacco può durare pochi mesi e dietro una cura conveniente può scomparire completamente. Dopo un intervallo di un periodo indefinito per lo più si ripresenta. Nei casi gravi le ricadute ponno essere continue, giacchè l'infermo di raro è del tutto libero dalla malattia. D'altra parte la psoriasi di tipo medio — di cui non sono infrequenti i casi — ha una prognosi più favorevole. Ma in ciascun caso che si osserva si riconosce che vi sono alcune particolarità le quali si debbono tener presenti nello stabilire la cura. La psoriasi abbandonata a se stessa ha un corso variabile, che è impossibile predefinire, tanto più che le sue manifestazioni sono spesso capricciose. È una delle più ostinate malattie cutanee infiammative ed ordinariamente molto ribelle.

## PITIRIASI RUBRA.

La pitiriasi rubra è una malattia infiammatoria che passiona comunemente tutta la superficie cutanea, caratterizzata da un colore rosso scuro e da abbondante e continua desquamazione dell'epidermide in forma di squame larghe, sottili e biancastre.

**Sintomi.**— La malattia ordinariamente comincia in forma di isole piccole, rosse, squamose, sovra una o più regioni del corpo. Queste aumentano di grandezza e confluiscono, formando isole più larghe, che in breve tempo possono invadere la maggior parte di tutta la superficie cutanea. La malattia per lo più si mostra rapidamente. La superficie della pelle è uniformemente arrossita e coverta di squame biancastre o grigiastre che cadono continuamente e si riformano. Il colore in generale è rosso vivo scuro o violaceo. Le squame ordinariamente sono abbondantissime e composte di tratti epidermici sottili, secchi, come carta, desquamati. Sono larghe, variandone il diametro da due o tre linee ad un pollice. Talvolta più propriamente chiamansi scaglie e possono rassomigliare alle tegole di un tetto, sovrapponendosi le une sulle altre. Sono indipendenti, libere in uno o più margini; più o meno increspate e per lo più possono essere distaccate senza produrre dolore. Quando la pelle è spogliata delle squame ha un aspetto alquanto brillante. Quando la malattia è accentuata la desquamazione è rapida e copiosa, larghe quantità di epidermide nella maggior parte dei casi cadono nel corso delle ventiquattro ore. Durante la notte se ne possono formare una, due o più manate, che si distaccano ed accumulano nel letto.

La pelle ordinariamente non è totalmente ingrossata; si può per lo più sollevare in pieghe fra le dita e sotto questo aspetto differisce dalla pelle che si osserva nella psoriasi e nello eczema. Talvolta, però, nei casi cronici vi è quà e là notevole ingrossamento. Ma il grado d'infiltrazione varierà e la presenza di questo sintomo non esclude la malattia (1). Il processo è sempre secco. Ordinariamente è superficiale, poichè nella maggior parte dei casi soltanto gli strati superiori della pelle sono passionati. Talvolta vi ha edema, massime degli arti; vi può anche essere rigidità delle articolazioni. Di raro si formano ragadi. Le unghie possono o no essere alterate; nei casi gravi possono essere rammollite ed in uno stato di desquamazione. Tutta la superficie cutanea è quasi invariabilmente sede del processo, poichè nessuna regione ne rimane libera. Talvolta vi si sottraggono le palme delle mani e le piante dei piedi.

Ordinariamente non vi hanno notevoli sensazioni di prurito o di bruciore. L'infermo lagnasi piuttosto di un incomodo stato della pelle che di sintomi chiaramente subiettivi. Talvolta, però, nei casi gravi, vi possono essere questi sintomi, aparendo e sparendo di tratto in tratto. Nella maggior parte dei casi è stato notato che gl'infermi facilmente sentono il freddo o hanno una sensazione più

---

(1) Veggasi la storia di un caso istruttivo che fu sotto la mia osservazione nell'University Hospital per sei mesi, nel quale vi era notevole ingrossamento della cute, Phila. Med. Times, Jan. 17, 1880.

o meno costante di brivido. I sintomi generali possono esservi e possono mancare. In taluni casi, però, sono stati gravi, consistendo in ripetuti attacchi febbrili, con elevazione notevole di temperatura e segni di disturbi generali.

La malattia può essere acuta o cronica, più spesso cronica; può continuare per mesi o anni. Le recidive non sono rare. La malattia può durare anni presentandosi ad attacchi successivi, come nel caso del Dr. McGhie, che stette sotto l'osservazione per 17 anni, durante il quale periodo ebbero luogo molte recidive. È un morbo dell'età adulta, giacchè per lo più si manifesta nell'età media ed è molto raro. Fu descritto da Devergie (1). Le cause sono oscure.

**Patologia.** — Secondo le ricerche di Hans Hebra (2) sembra che nel primo periodo del morbo e forse nei casi mediocri per tutto il loro corso, mentre vi è positiva infiltrazione cellulare nei vari strati del derma e della rete, è ancora conservata la forma generale delle papille, non che l'aspetto normale delle glandole e dei peli. Nei casi gravi e che durano a lungo, però, i cangiamenti nei tessuti cutanei sono molto evidenti. Una copiosa proliferazione cellulare si osserva in tutti gli strati, ma più specialmente immediatamente sotto l'epidermide. Questa è alquanto ingrossata e sotto vi è un sottile strato di cellule compresse della rete in cui vi è copiosamente frammista un'infiltrazione cellulare. Sotto di questo vi è un denso strato schiacciato di tessuto connettivo un pò meno pieno d'infiltrazione cellulare, e sotto di essa anche uno strato di denso tessuto elastico, tre volte più denso dei tre strati superiori suddescritti e contenente un deposito di granuli di pigmento giallo. Le papille sono totalmente obliterate, giacchè gli strati suddetti si schiacciano a vicenda. I vasi sanguigni distribuiti ai tessuti sottoepidermici sono circondati da abbondante infiltrazione cellulare: camminano orizzontalmente e non mostrano anse capillari. Le glandole sudoripare e sebacee mancano quasi totalmente. I rari peli presentano infiltrazione cellulare intorno alle loro guaine.

**Diagnosi.** — La malattia si può confondere con l'eczema squamoso, con la psoriasi, col lichen rubro e col penfigo foliaceo. Rassomiglia a tutte queste malattie, ma è difficile confonderla con le stesse ove se ne tengano presenti i caratteri. Differisce dall'eczema eritematoso e squamoso per la sua natura superficiale e la distribuzione generale; per la mancanza di notevole ingrossamento della pelle; per la formazione ed il carattere speciale delle squame e per la loro rapida produzione e abbondanza, e finalmente per la mancanza, ordinariamente, di prurito e di bruciore. La psoriasi raramente attacca tutta la superficie cutanea o anche gran parte di essa; la pitiriasi rubra, in generale, attacca uniformemente tutta la cute. Le squame inoltre sono diverse in queste due malattie e per lo più esse sole bastano a fare stabilire la diagnosi. Nella psoriasi vi è sempre maggiore o minore ingrossamento delle isole di alterazione; e, quando il processo è attivo, vi è notevole prurito o bruciore. La pitiriasi rubra si può confondere col penfigo foliaceo, a cui può rassomigliare quanto a distribuzione e carattere della de-

(1) *Traité pratique des Maladies de la Peau*, p. 442. Paris, 1857.

(2) *Vierteljahrsschr. f. Dermatologie und Syph.*, 4 Heft, 1876.



squamazione. Nella pitiriasi rubra però non vi ha tendenza alla formazione di bolle, poichè il processo è sempre secco.

**Cura.** — La cura nella maggior parte dei casi è stata inefficace. Deve essere regolata da principii generali e deve variare alquanto secondo il caso che si ha in osservazione. Localmente le unzioni con sostanze oleose blande sono indicate. I rimedii debbono essere addolcenti piuttosto che stimolanti. Internamente si ponno prescrivere gli aperienti salini, i diuretici, il ferro, la chinina e l'arsenico, secondo che sembra indicato. (1)

**PITIRIASI MACULATA E CIRCINATA.** — Con questo nome B a z i n (2), H a r d y (3) e più tardi H o r a n d (4) hanno descritto una speciale malattia, di cui di quando in quando son venuti esempj in mia conoscenza. È una malattia infiammatoria, di tipo blando, che occupa principalmente il tronco, più specialmente le regioni sottoclavicolare, toracica laterale e scapolare, caratterizzata da lesioni discrete o confluenti in forma di macule o leggermente sollevate, maculo-papule, per lo più di macule, che variano per grandezza da quella di una testa di spillo a quella di mezzo dollaro. Per lo più sono grandi quanto un mezzo pisello. Sono rotonde, circolari, od ovoidali, con un perimetro evidente, situate superficialmente e o sono allo stesso livello con la cute circostante o leggermente elevate o depresse, sicchè il loro margine spesso ha la forma di un anello. Il loro colore generalmente è roseo o rosso-pallido, con una tinta più o meno giallastra o scura; in altri casi il rosso è più carico e vi è un aspetto picchiettato. La superficie dei tratti alterati è sempre asciutta e più o meno squamosa, e la desquamazione è furfuracea e generalmente scarsa, simile a quella della tigna versicolore e della tigna circinata. Per lo più è maggiormente accentuata ai margini delle lesioni, che tendono a guarire nel centro e diffondersi verso la periferia. La pelle è poco ingrossata e talvolta si sente che è quasi normale quando si prende fra le dita. I sintomi subbiettivi sono variabili; in alcuni casi vi è notevole prurito, più accentuato quando l'infermo è riscaldato molto, mentre in altri casi l'ammalato si accorge appena della presenza dell'eruzione.

Secondo la mia esperienza il corso della malattia è totalmente uniforme per durata, poichè per lo più le lesioni durano da uno a tre mesi, dopo del qual tempo ha luogo l'involuzione spontanea, la guarigione, con aumentata desquamazione e pigmentazione, in due o quattro settimane. La manifestazione della malattia può essere brusca o graduale, mostrando nuove lesioni di giorno in giorno o di settimana in settimana. Nella maggior parte dei casi sono nu-

(1) Casi importanti di questa malattia sono stati riferiti da M c G h i e, Glasgow Med. Jour., vol. v. pag. 431, 1858; W i l k s, Guy's Hosp. Reports, p. 310, 1861; W i l s o n, Med. Times and Gazette, Jan. 29, 1870; B e n s o n e S m i t h, Dublin Jour. of Med. Sci., vol. xlix. p. 451; T i l b u r y F o x, Lancet, Jan. 1874, p. 294; G. H. F o x, Archives of Derm., July, 1875, p. 296; F i n n y, Dublin Jour. of Med. Sci., March, 1876; H a n s H e b r a, loc. cit.: e M c C a l l A n d e r s o n, Brit. Med. Jour., Dec. 8. 1877,

(2) Affections cutanées de nature arthritique et dartreuse, Paris, 1868, p. 200.

(3) Leçons sur les Maladies de la Peau, Paris, 1868, p. 204.

(4) Annales de Derm. et de Syph., tome v. N° 5 (1875-76).

merose e molto vicine le une alle altre, nel qual caso a misura che si allargano tendono a confluire, formando isole di diversa grandezza e forma, spesso estese, di macule o circinate. Così, come nella tigna versicolore, può essere invaso tutto il petto ed il collo da un'isola continua o interrotta.

Sembra che *Horand* abbia osservato la malattia soltanto nei fanciulli. Io l'ho principalmente veduta negli adulti, di ambo i sessi, i quali hanno goduto di un mediocre stato generale di salute. Il morbo è benigno e non è contagioso. È raro.

Si può confondere con la tigna circinata, con la tigna versicolore, con la seborrea del corpo, col lichen rubro, con la psoriasi e con la sifilide, più specialmente con le due prime delle suddette malattie, cui rassomiglia molto. Ha l'aspetto generale ed il corso di una malattia parassitaria vegetale, ma con le osservazioni microscopiche delle squame non si è scoperto nessun fungo. In tutti i casi osservati da me la malattia era evidente e avanzata; attaccava estesi tratti ed ebbe un corso che finì con la guarigione spontanea.

**DERMATITE DESQUAMATIVA.** — Coi nomi « di dermatite desquamativa (1) » di « dermatite desquamativa generale (2) » di « dermatite desquamativa ricorrente (3) » di « eritema desquamativo scarlatini-forme (4) » di « eczema acuto ricorrente (5) » di « dermatite acuta generale (6) » di « eritema desquamativo ricorrente (7) » sono stati descritti casi che rappresentano forme insolite, ed in taluni casi gravi, della malattia, le quali si devono distinguere dalle conosciute varietà dell'eczema e della psoriasi e dalla pitiriasi rubra e penfigo foliaceo. Vi ha molta disparità di pareri circa la vera natura dei casi che sono stati così descritti ed è difficile determinare dalle relazioni fatte se riguardano lo stesso processo o malattie diverse. Il caso di *Fagge*, per esempio, fu da lui ritenuto per un caso dubbio di eczema, ma fu chiamato così (accompagnando il nome da un punto interrogativo) per mancanza di un nome migliore. Mi sembra, pertanto, che non sia stato un eczema, ma piuttosto un esempio di una malattia speciale e rara, che per ora possiamo chiamare dermatite desquamativa, di cui io ho osservato un caso.

Il caso di *Bulkley* presenta senza dubbio lo stesso morbo in forma circoscritta, giacchè soltanto le mani ed i piedi sono stati attaccati. Il caso di *Féréol* fu una dermatite desquamativa generale scarlatiniforme accompagnata da leggiera alterazione febbrile e seguita da copiosa desquamazione, che nelle parecchie recidive fu sempre perfetta e probabilmente fu un'altra varietà della stessa malattia. Io ho veduto un notevole esempio di questa forma di morbo

(1) *Wilson*, *Diseases of the Skin*, London, 1867.

(2) *Baxter*, *Brit. Med. Jour.*, vol. i., 1879; also *Percheron*, *Etude sur la « dermatite exfoliatrice généralisée »*, Paris, 1875.

(3) *Bulkley*, *Archives of Dermatology*, July, 1878.

(4) *Féréol*, *Bull. Gén. de Thérap.*, Feb. 15, 1876. Abstract in *Phila. Med. Times*, Marc 18, 1876.

(5) *Fagge*, *Guy's Hosp. Report*, 3d Ser., vol. xiii., 1868.

(6) *Pye-Smith*, *Cuy's Hosp. Reports*, 3d Ser., vol. xxii., 1877.

(7) *G. H. Fox*, *Archives of Dermatology*, July, 1879, p. 264.

che a principio rassomigliava molto alla scarlatina per i sintomi cutanei, ma che, guardato in complesso, non poteva probabilmente confondersi con l'eczema, con la psoriasi, con la pitiriasi rubra o penfigo foliaceo. Io avrei diretta la mia attenzione alla più che probabile relazione patologica fra certi casi di cosiddetta dermatite desquamativa circoscritta (come ad esempio il caso di Bulkley) ed alcuni casi del cosiddetto cheiro-ponfolice, che sono stati riferiti.

In tutti i casi detti di dermatite desquamativa il processo, sia circoscritto, sia generalizzato, era caratterizzato da un' infiammazione acuta eritematosa, più di raro vescicolosa o bollosa, con più o meno rilevante alterazione febbrile, accompagnata o seguita da gradi variabili di desquamazione o di esfoliazione dell' epidermide e distinti da una tendenza alle recidive (1).

### FURUNCOLO.

*Sin.*, Ingl., Boil; *Ted.*, Blutschwär *Fr.*, Furoncle.

Il furuncolo è una malattia che ha sede nelle parti profonde, infiammatoria, caratterizzata da formazioni di grandezza più o meno varia, circoscritte, rotonde, più o meno acuminate, solide, dolorose, che ordinariamente finiscono con una suppurazione centrale.

**Sintomi.** — I furuncoli ponno essere unici, o, come è il caso più frequente, parecchi. Per lo più si manifestano a gruppi successivi, due, tre, o sei al tempo stesso, che sono seguiti da un'altra invasione dopo che sono spariti (FURUNCOLOSI). Generalmente sono isolati e possono presentarsi in punti distanti l'uno dall'altro. La lesione a principio si mostra circoscritta, rotonda, imperfettamente definita, rossastra, situata nella vera pelle; anche in questo periodo ordinariamente è molto infiammatoria e sensibile al tatto. S'ingrandisce gradatamente, e diviene leggermente protuberante poichè il suo centro ha una tendenza a suppurare. In circa otto a dieci giorni giunge al suo pieno sviluppo. Quando è matura si presenta leggermente sporgente, rotonda ed acuminata, infiammatoria e nel centro per lo più vi ha una suppurazione circoscritta, chiamata *cencio*. Talvolta non si forma cencio ed allora chiamasi *furuncolo cieco*. La sua grandezza è estremamente variabile; può essere quanto un mezzo pisello o quanto un dollaro di argento. Il suo colore è rosso carico, più forte verso il centro, gradatamente diminuendo verso la periferia, in forma di areola. Il dolore è grava-

---

(1) Ritter (Centralzeit. für Kinderheilk., Oct. 1, 1878; non che Viertelj. für Derm. und Syph., Heft 1., 1879) describe, col nome di « dermatite desquamativa dei poppanti » una malattia non contagiosa che si manifesta dalla seconda alla quinta settimana, caratterizzata da rossore e desquamazione, a principio locale ma più tardi generale, con ingrossamento dell' epidermide ed essudazione di un sottile strato di liquido sotto la stessa. L' epidermide cadeva in larghe falde, lasciando la pelle con un colore rosso-scuro e con l'aspetto di un'estesa scottatura. Erano specialmente alterati le mani ed i piedi, dalle quali regioni si desquamava per estesi tratti. Furono osservate parecchie varietà dalla malattia, una in cui vi erano vescichette e bolle. La disseccazione avvenne rapidamente. Ritter distingue questo morbo dall'eczema. Fu osservato principalmente a Praga nel *Foundling Asylum*, ove in dieci anni se ne videro trecento casi. La mortalità fu del cinquanta per cento. Io non l'ho mai osservato.



tivo, pulsante e ordinariamente è maggiore la notte. Aumenta fino a che non ha luogo la suppurazione e l'apertura, dopo di che cessa. Una sensibilità notevole è anche una nota del furuncolo, giacchè il menomo contatto produce sofferenze.

Il furuncolo può attaccare qualunque parte del corpo, non eccettuata nessuna regione. Preferisce però la faccia, le orecchie, il collo, il dorso, le ascelle, i capezzoli, le natiche, l'ano, il perineo, lo scroto, le grandi e piccole labbra, e le gambe. Vi può essere alterazione generale, che può essere leggiera o grave, secondo la natura ed il grado della infiammazione. I tessuti adiacenti possono essere passionati per simpatia, da molestia o da dolore; le glandole delle vicinanze sono anche ingrossate. Talvolta si osservano furuncoli come complicazione di altre malattie cutanee, per esempio dell'eczema.

**Etiologia.** — Le cause che danno origine ai furuncoli sono varie. Frequentemente sono l'effetto di uno stato cattivo dell'organismo, prodotto da debolezza generale, da eccessivo lavoro, da depressione nervosa, da alimentazione povera e da insufficiente moto, da irregolarità delle funzioni corporee e simili alterazioni. Non di raro si osservano nel corso di altre malattie, come nelle clorosi, nelle febbri e simili stati patologici, nei quali ponno presentarsi numerosi; anche insieme al diabete e talvolta all'uremia ed alla settico-pioemia. La loro manifestazione si deve ritenere dipendente da uno stato irregolare dell'organismo, sulla cui natura spesso non sappiamo nulla. Si possono osservare in ogni epoca della vita, ma sono più frequenti nella giovinezza e nella vecchiezza. In certi casi le cause sono locali, relative a confricazioni, a contusioni, o ad altri maltrattamenti; ma ordinariamente dipendono da queste cause soltanto in quei casi in cui vi ha predisposizione al loro sviluppo.

**Patologia.** — Il furuncolo ha la sua sede nel derma e nei tessuti più profondi. Secondo Kochmann, (1) può cominciare in una glandola sebacea che sta nel derma vicino alla superficie cutanea, o può cominciare in una glandola sudoripara o nel follicolo pilifero che stanno più profondamente, anche nel tessuto connettivo sottocutaneo. L'ultima varietà è quella che una volta chiamavasi furuncolo del tessuto connettivo. Ha sempre una glandola come centro di origine e non comincia mai nelle maglie del derma. Quello che comincia in una glandola sudoripara, come ordinariamente si osserva nelle ascelle, attorno ai capezzoli, e sull'ano o sul perineo, è stato descritto a lungo da Verneuil (2) e da Bazin (3) col nome di « idroadenite, » ma differisce dalla forma più comune semplicemente perchè è situata più profondamente. Il furuncolo è una infiammazione di tipo speciale che ha un corso più o meno definito. Comincia come una piccola lesione rotonda, la quale aumenta fino a che non sono raggiunte certe dimensioni. Non subisce cambiamenti suppurativi, che mettono capo alla formazione di un punto

(1) Beitrag zur Lehre von der Furunculösen Entzündung. Archiv für Dermatologie und Syphilis, Heft 3 u. 4, 1873.

(2) Archives Gén. de Méd., 1854.

(3) Affections génériques de la Peau, vol. ii. p. 319. Paris, 1865.

centrale, o cencio, composto dal tessuto della glandola in cui il furuncolo ha cominciato, il quale, una al pus, va via. Non ha tendenza a diffondersi, essendo sempre un'infiammazione circoscritta. Dopo che è caduto il cencio, resta una cavità più o meno profonda, che fa vedere induriti ed infiltrati i tessuti circostanti: dopo pochi giorni od una settimana si colma di granulazioni, lasciando una cicatrice, che spesso è permanente. Il punto centrale o unico, quando è caduto, si vede composto da una massa biancastra, dura, poltacea di tessuto morto, il cui volume varia secondo l'estensione e la profondità della flogosi.

**Diagnosi.** — I sintomi del furuncolo sono notissimi, sicchè un errore nella diagnosi è difficile che avvenga. La malattia differisce dallo antrace in quanto ha soltanto un punto di suppurazione, il cencio, mentre nell'antrace ve ne sono molti. Il furuncolo inoltre ha una forma rotonda ed alquanto acuminata; l'antrace può essere rotondo, od ovoidale, ma è schiacciato. Il furuncolo è piccolo, essendo raramente più grosso di una noce; l'antrace ha una grandezza che varia da quella di una grossa moneta a quella che ha cinque a dieci pollici di diametro. Il furuncolo è sensibilissimo e doloroso al tatto; l'antrace non ha una sensibilità speciale al tatto ed il dolore è di natura spontanea. I furuncoli generalmente si manifestano numerosi, o contemporaneamente o a gruppi successivi; l'antrace è quasi invariabilmente unico.

**Cura.** — Sono necessarie tanto la cura generale quanto la locale, avendosi l'obbietto di evitare la formazione di nuove lesioni e di far guarire al tempo stesso quelle già presenti. Ciascun caso richiede uno studio speciale, allo scopo di accertare la causa della malattia. Bisogna regolare coi mezzi opportuni le funzioni se sono alterate. In quasi tutti i casi si possono prescrivere i tonici con buoni risultati. Spesso si può prescrivere con vantaggio, solo o insieme ad altra cura, il tonico aperiente salino ricordato a proposito dell'acne. L'arsenico, il ferro, la chinina e gli acidi minerali sono tutti rimedii utili. L'arsenico da una a tre gocce per dose, tre volte al giorno, sarà efficace in molti casi. Il solfato e l'iposolfito di soda da 0<sup>re</sup>, 90 ad 1<sup>re</sup>, 80 per dose, ogni due o tre ore, sono eccellenti rimedii dietro i quali in molti casi si avrà la guarigione. I solfuri, massime quello di calcio, alla dose di mezzo ad un centigrammo ogni due ore, raccomandato da Ringer, del pari si troverà utile. In taluni casi il liquore di potassa, alla dose di dieci a venti gocce con un infuso amaro, come la quassia o la cincona, si può prescrivere con vantaggio. Il lievito fresco tre o quattro volte al giorno alla dose di una cucchiata da tavola, è anche raccomandato come efficace. Piffard raccomanda lo sciroppo degli'ipofosfiti di calce, di ferro, di soda e di potassa; mentre Hardy afferma che egli ha ottenuto buoni risultati dall'acqua di catrame, presa alla dose di un litro nelle ventiquattro ore. Sono eziandio raccomandati i preparati di fosforo. L'alimentazione deve essere corroborante e comprendere tutti i cibi più nutritivi. Negl'individui deperiti l'uso giuizioso del vino rosso e della birra saranno utili. I mezzi igienici hanno pure una parte importante nella cura. È da raccomandare il cambiamento d'aria e non di raro è seguito subito da evidente beneficio.

Nel primo periodo della malattia la lesione può talvolta farsi abortire coi caustici applicati sul cencio che si sta formando, al quale, intento il nitrato di argento in forma solida, il nitrato acido di mercurio, l'acido nitrico, o il cauterio attuale si possono adoperare. Più tardi i cataplasmi caldi di linseme, applicati continuamente fino a che non cade il cencio, danno gran sollievo. Nel primo periodo si possono fare altresì le applicazioni di acqua fredda.

**Prognosi.** — Quando tendono a mostrarsi sotto forma di gruppi successivi generalmente sono ribelli alla cura. Se ve ne sono molti, lo stato generale della salute dell'individuo per lo più è alterato; in tali casi la cura deve essere energica, spesso un cangiamento di aria ed il viaggiare hanno un valore speciale ad arrestare il loro ulteriore sviluppo.

Coi nomi di **BOTTONE DI ALEPPO**, di **FURUNCOLO O MALE**, di **DELHI BOIL** e di **BOTTONE DI BISKRA**, dagli scrittori sono state descritte di quando in quando malattie che si rassomigliano fra di loro. La prima di esse fu osservata ad Aleppo, Bagdad e regioni circonvicine; la seconda nelle Indie; e la terza in Algeria ed altrove lungo le coste dell'Africa. Nei suddetti paesi sono endemiche; e sulla loro natura per lungo tempo vi è stata molta confusione. Sono state descritte come dipendenti dal furuncolo, come che avessero un corso molto più cronico. A principio sono caratterizzate dalla formazione di una papula o tubercolo, che subito diviene pustola e finalmente termina con l'ulcerazione, seguita da una cicatrice. È probabilissimo che queste tre malattie sieno identiche, ma modificate dalla nazionalità, dal clima e da altre cause.

Per notizie particolareggiate ad esse relative rimando il lettore alle eccellenti opere di Tilbury Fox e di Farquhar (1) e di Edward Geber (2). Questo ultimo osservatore dimorò per un certo tempo ad Aleppo allo scopo di studiare la malattia e giunse alla conclusione che tutti i casi di cosiddetto bottone di Aleppo erano forme modificate di sifilide, di lupus o di scrofola.

### ANTRACE.

*Sin.*, Carbunculus; Carbuncle; *Ted.*, Brandschwär.

L'antrace è un' infiammazione dura, più o meno circoscritta, rosso-seura, dolorosa, situata profondamente, della pelle e tessuti sottocutanei, che varia quanto ad estensione e finisce con la mortificazione.

**Sintomi.** — Ordinariamente la malattia comincia con un brivido, febbre ed altri sintomi di alterazione generale. La pelle diviene calda e dolorosa e vi si forma un' infiammazione resistente, schiacciata, più o meno circoscritta, rossastra o violacea, che giunge profondamente fino ai tessuti sottocutanei. È sempre dolorosa e generalmente è accompagnata da una sensazione di bruciore. In due settimane per lo più è giunta al suo acme ed allora presentasi come

(1) Loc. cit., p. 241. E « On Certain Endemic Skin and other Diseases of India and Hot Climates Generally » per Tilbury Fox, M. D., e T. Farquhar, M. D. London, 1876.

(2) Vierteljahresschrift für Derm. und Syph., Viertes Heft, 1874.



un' infiammazione profonda, circoscritta, dura, polposa, rosso-scura o violacea. Allora i tessuti cominciano a rammollirsi e la pelle diviene gangrenosa, rompendosi in diversi punti che formano perforazioni, fra cui si possono osservare centri di suppurazione, o come zaffi fibrosi, o come cavità da cui cola un liquido giallastro, sanioso. La superficie ha un aspetto cribriforme, essendo perforata come un crivello. La massa totale del tessuto si mortifica, e cade non appena si distacca; questo processo ha luogo o in una volta o a gradi a gradi, cadendone di giorno in giorno dei pezzi. Un'ulcera larga, aperta, profonda, con margini duri accartocciati e base ineguale, è la conseguenza, e questa ulcera è granulante e si colma a poco a poco, lasciando una cicatrice più o meno pigmentata, permanente.

Il corso dell'antrace varia secondo l'età dell'infermo, la vitalità della parte, il potere rigenerativo ed altre circostanze. La durata dipenderà dalla sua estensione; quando è grande può durare da quattro a sei settimane. Ordinariamente è unico. La sua sede favorita sono la parte dorsale del collo, le spalle, il dorso e le natiche. È una malattia grave e quando è estesa, specialmente nella vecchiezza, può finire con la morte. Sui margini di un antrace possono manifestarsi furuncoli, o soli o aggruppati. L'antrace talvolta si manifesta nel diabete.

**Etiologia.** — Le cause non sono ben conosciute. Senza dubbio sono di natura simile a quelle che danno origine al furuncolo. La malattia generalmente si presenta in coloro che sono in uno stato di deperimento generale, qualunque ne sia la causa. Attacca gli astemii come i beoni. Per lo più si osserva nell'età media e nella vecchiezza, ed è più frequente negli uomini che nelle donne.

**Patologia.** — Le note anatomiche dell'antrace sono simili a quelle della varietà più profonda del furuncolo. L'antrace è stato considerato come un gruppo di furuncoli; ma come processo è molto più distruttivo di questi ultimi. Nel furuncolo la morte dei tessuti è circoscritta ad un punto, nell'antrace è diffusa. Comincia in un certo numero di centri formati dalle glandole sebacee e sudorifere della regione, e sono attaccati simultaneamente molti punti; l'infiammazione si diffonde in giù verso le parti più lasse del tessuto connettivo e poi in direzione orizzontale, involgendo nella mortificazione i tessuti interposti e l'intera superficie invasa va in gangrena e disfacimento. Il processo è più profondo di quello del furuncolo, poichè spesso giunge alle aponevrosi ed ai muscoli.

**Diagnosi.** — La malattia si distinguerà subito dal furuncolo per la sua estensione, perchè ha una forma schiacciata, per il suo corso, per i punti molteplici di suppurazione e per il carattere della mortificazione. Nel primo periodo si può confondere con l'eresipela; più tardi, però, questo errore sarebbe corretto vedendosene il carattere circoscritto e la durezza e per il dolore.

**Cura.** — La cura deve essere generale e locale. La prima si conformerà ai principii comuni. Nella maggior parte dei casi sono richiesti agenti corroboranti e si daranno alimenti molto nutritivi, con latte, uova e whiskey o vino rosso in larga quantità. Il percloruro di ferro e la chinina sono i due rimedii da cui bisogna aspettare molto beneficio. Questa ultima si deve amministrare a

grandi dosi, da 60 a 150 centigrammi per volta, coll'intervallo di dodici o ventiquattro ore. Ringer raccomanda molto i solfuri come nel furuncolo. Gli anodini, massime l'oppio, sono utili e bisogna prescriverli allo scopo di assicurare il riposo durante la notte. È anche importante l'igiene. L'infermo deve godere di molta aria e fresca ed anche di un po' di moto quando il sito attaccato lo permette. Tutte le misure che fanno migliorare lo stato generale non debbonsi trascurare.

La cura locale è anche importante. Quando il furuncolo è molto duro e doloroso talvolta riescono di sollievo le incisioni crociate. Nella maggior parte dei casi però si osserva un corso regolare anche senza le incisioni (1). Il Dr. D. Agnew raccomanda le pennellazioni di collodion cantaridato intorno all'antrace in forma di larga zona, poichè la vescicazione fa diminuire la tensione. Sono state raccomandate varie medicature. Hebra parla con favore delle applicazioni fredde (panni bagnati nell'acqua ghiacciata e poi spremuti o sacchetti di ghiaccio) nel primo periodo, affermando che in generale si ottiene maggior calma da questo mezzo che dai cataplasmi. Le fomentazioni calde pertanto si debbono usare non appena la suppurazione sia cominciata; esse tendono a far diminuire la tensione dei tessuti ed affrettano la caduta delle sostanze disfatte. I cataplasmi si fanno di linseme e si cangiano spesso. Le parti debbono essere tenute scrupolosamente pulite, allontanando il materiale venuto fuori non appena mostrasi alla superficie. I cenci debbono essere portati via con cura per mezzo di pinzette non appena si distaccano e l'ulcera si laverà con acido carbolico ed acqua nella proporzione di poche gocce per ogni 31 grammi. L'ulcera che resta sarà curata come un'ulcera semplice.

**Prognosi.** — Bisogna essere cauti nel farla. Nel primo periodo della malattia è impossibile dire fino a quali proporzioni giungerà l'antrace; può avere due, tre, sei o dieci pollici di diametro. Può avvenire la morte, massime nei vecchi che sono in uno stato di deperimento; ma la mortalità non è tanta quanta comunemente si suppone.

Insieme alle infiammazioni flemmonose bisogna ricordare parecchie lesioni che hanno luogo sulla pelle o tessuti più profondi, prodotte da infezione per veleni animali (2).

**FERITE AVVELENATE.** — Le ferite di questo genere sono prodotte da molti insetti e da animali. I sintomi possono essere locali o generali, ma comunemente son locali. Molti piccoli insetti, come certe specie di zanzare e di mosche, il mosquito (3), la pulce e la cimice cagionano lesioni sulla pelle che variano quanto a genere e grado e secondo la suscettibilità dell'individuo. I morsi di questi

(1) A conferma di questa opinione veggasi una lezione clinica sulla cura dell'antrace, di Sir James Paget « Clinical Lectures and Essays » London, 1875.

(2) Per una descrizione più completa di queste malattie il lettore può ricorrere ad Agnew's and Principles Practice of Surgery. vol. i., Phila., 1878, ed al Gross's System of Surgery, Phila., 1872.

(3) Veggasi « On the protection acquired by the human skin and other tissues against the action of certain animal poisons after repeated inoculations » del Dr. White, Boston Med. and Surg. Jour., Nov. 9, 1871.

insetti talvolta danno origine a lesioni che rassomigliano all'urticaria ed alla porpora. Le api e le vespe non di raro producono notevole alterazione cutanea coi loro pungiglioni ed in rari casi alterazione generale o anche morte. I morsi di molti insetti e dei ragni, dello scorpione e dei rettili, che vivono nei climi caldi, sono velenosissimi e cagionano varie lesioni di natura più o meno infiammatoria.

**FERITE CADAVERICHE.** — I sintomi che derivano dall'inoculazione per contatto con corpi morti sono vari; possono essere locali, limitati al punto dell'inoculazione, o generali, producendo grave alterazione generale. Ordinariamente la malattia sta nella sede di una precedente abrasione cutanea, come, ad esempio, sulla mano; comincia con la formazione di una vescichetta o pustola sovra una base dura, infiammata, o come un tratto d'infiltrazione rosso scuro o violacea. A principio vi ha bruciore o prurito in grado maggiore o minore, che possono essere seguiti da dolore, il quale ordinariamente si diffonde lungo il braccio all'ascella, linfangioite e sintomi generali. In altri casi la malattia è puramente locale, la lesione è notevolmente dura, circoscritta e talvolta dolorosa. L'epidermide può divenire grossa e screpolata, giacchè la ferita segrega un liquido fluido o denso che si muta in crosta. In altri casi la malattia comincia in forma di papula o tubercolo, che può essere seguito da una vegetazione papillare più o meno desquamativa e la lesione assume un carattere tubercoloso o porrifforme indolente. *W i l k s* (1) descrive questa lesione col nome di « verruca necrogenica »; è anche nota col nome di tubercolo « da dissezione » e « da necroscopia ». La sua sede comune sono le dita e le articolazioni. Il processo, vuoi in forma d'isola d'infiltrazione diffusa o circoscritta, vuoi di tubercolo, ordinariamente ha un corso cronico e generalmente è ribelle alla cura. Gli unguenti stimolanti, come i mercuriali, di nitrato di argento, di potassa e di acido acetico, sono i più efficaci rimedii.

**PUSTOLA MALIGNA.** — La pustola maligna, chiamata dai Francesi « charbon », presenta aspetti simili a quelli che si osservano nelle ferite da dissezione di tipo maligno. La malattia dipende dalla inoculazione di un veleno speciale, virulento, che si genera nel bestiame ammalato di un'alterazione conosciuta col nome di carbonchio. Dopo l'inoculazione, che ordinariamente avviene sulle mani di coloro che debbono stare in contatto col bestiame e coi cuoj, il periodo d'incubazione è molto breve, spesso soltanto di poche ore, allora la parte diviene dolorosa, vi si sente bruciore e prurito, seguiti dalla formazione di una vescichetta o pustola, con un'areola estesa e dura; la pustola aumenta fino alla grandezza di una moneta e subito si rompe costituendo un'ulcera di cattiva natura segregante. I sintomi generali per lo più sono gravi, giacchè l'infermo non di raro muore.

L'**EQUINIA**, detta anche **CIMORRO** (**FARCY**) si può definire come una malattia maligna, contagiosa, derivante dal cavallo, che si manifesta con gravi sintomi generali, infiammazione del naso e vie respiratorie ed una forma di eruzione, con sede profonda, pustola-

(1) *Guy's Hospital Reports*, 3 ser., vol. viii.



losa, emorragica, ulcerativa. Avvenuta l'inoculazione vi è un periodo d'incubazione, che varia da pochi giorni ad una settimana, dopo del quale si manifestano sintomi di disturbi generali, prostrazione e dolori reumatici, seguiti da una speciale eruzione composta di pustole, simili per forma a quelle del vaiuolo o della vaccina, contenenti un prodotto denso, giallastro, misto a sangue. Talvolta l'eruzione è di natura tubercolare o vegetante (« bottoni di morva »); questi rapidamente si disgregano e trasformano in ulcere estese, accompagnate da emorragia e da gangrena. I linfatici s'infiammano, qua e là formansi isole erisipelacee e bolle, che si rompono e danno origine ad ulceri suppuranti e sanguinanti. Appaiono eziandio tumori duri e dolorosi, di varia grandezza, che rapidamente si rammoliscono e passano in ascessi profondi. La pelle di tutto il corpo diviene edematosa, tumefatta ed ecchimotica. Le vie nasali ed il tratto respiratorio sono attaccati nel più virulento modo. Un secreto denso, giallastro, sanguigno, scorre dalle narici; la bocca e la gola presentano isole infiammate; le glandole s'ingrossano; l'ulcerazione e la gangrena delle superficie mucose avvengono come sulla pelle e l'infermo muore. Dicesi che le due serie di sintomi, quelli della mucosa e quelli della cute, possono o no manifestarsi sullo stesso individuo. La malattia ha sempre la sua origine nel cavallo. È contagiosissima e si può contrarre o per mezzo del contatto diretto o per mezzo dell'aria. La malattia è rara. Non è stata raccomandata nessuna cura specifica.

### DERMATITE.

Con questo nome, che significa infiammazione semplice della pelle, senza aver rapporto con la sua causa o coi suoi aspetti clinici, ho aggruppato un certo numero di stati infiammativi simili quanto alle loro note anatomiche, prodotte per la maggior parte da agenti esterni, come ad esempio, calore, freddo, irritanti cutanei, caustici ecc. Lesioni di questo genere si osservano ogni giorno ed a seconda che sono superficiali o profonde appartengono al dominio della chirurgia propriamente detta o della dermatologia. Le lesioni osservate variano secondo la natura della causa, l'intensità della loro azione, la impressionabilità della pelle dell'individuo ed altre circostanze. Nel primo periodo vi ha eritema di varii gradi, che può restare come eritema o passare in altre condizioni patologiche, come vescichette, pustole, bolle o gangrena. I segni clinici abituali della infiammazione — rossore, calore, turgore, dolore o prurito — sono tutti presenti in grado più o meno notevole. La malattia può essere o diffusa, come ad esempio nella dermatite da veleni, o circoscritta, come nella dermatite traumatica. Le forme che si osservano più frequentemente si possono distinguere secondo le cause che le producono.

**DERMATITE TRAUMATICA.** — Sotto questo nome si comprendono tutti quegli stati infiammativi attivi o passivi che esistono come effetto della violenza diretta fatta alla pelle; includono le contusioni ed altri traumi di simil genere, come ad esempio l'irritazione della superficie cutanea prodotta da oggetti di vestiario che si adattano male alla persona, scarpe e simili. Le varie condizioni a cui ab-

biamo accennato nello studiare l'eritema semplice possono, in diverse circostanze, parimenti finire con l'infiammazione, di vario grado. Come si è detto nel parlare dell'eritema semplice la linea di separazione fra l'iperemia e l'infiammazione non si può determinare; la prima frequentemente passa nella seconda senza che il processo assuma i caratteri dell'infiammazione in tal grado da poter assegnare ad esso questo nome.

Le escoriazioni costituiscono per il dermatologo una delle più importanti varietà di dermatite traumatica. Sono perdite di sostanza superficiali dell'epidermide e del derma, accompagnata da maggiore o minor grado di flogosi, a causa ordinariamente di grattamento fatto dall'infermo. Queste lesioni sono già state studiate (v. p. 28). Le escoriazioni di natura rilevantemente intiammativa sono state osservate insieme alla scabbia ed alla pediculosi del corpo, in cui la pelle è estesamente lacerata e le lesioni sono seguite da notevole ingrossamento e pigmentazione.

DERMATITE DA VELENI. — Sotto questo nome si aggruppano molti stati infiammatorii della pelle che sono prodotti dal contatto con sostanze che agiscono deleteriamente su questo organo. L'infiammazione è di tutti i gradi. Secondo la virulenza o concentrazione del veleno e la impressionabilità della pelle le lesioni avranno un carattere eritematoso, vescicoloso, pustoloso o bolloso. Nel regno vegetale sono conosciute certe piante che hanno proprietà velenose o irritanti quando si mettono in contatto con la pelle; fra queste piante possiamo notare come capaci di produrre molto male la rhus venenata, la rhus toxicodendron (conosciute comunemente coi nomi rispettivi di *sommaco velenoso* e di *edera velenosa*) l'ortica, la laureola e l'arnica (1). La famiglia delle rhus spiega una speciale azione deleteria sulla pelle (2). Il contatto, o in certi casi anche la vicinanza della pianta sono sufficienti a produrre l'affezione. Il veleno è un acido volatilissimo — l'acido toxicodendrico — che fu scoperto nel toxicodendron dal Prof. Maisch, di questa città.

Non tutti però sono egualmente soggetti all'azione dell'acido. Alcuni non ne sono attaccati affatto, potendo con immunità maneggiare la pianta; altri non ne risentono che leggiera influenza e solamente dopo il contatto; mentre non pochi sono attaccati da una violenta infiammazione della pelle che per grado varia dallo stato eritematoso alla vescicazione, accompagnato da turgore, calore e grave alterazione. Alcuni individui ponno subire l'azione velenosa soltanto stando presso alle piante. Il veleno è rapidamente propagato dalle mani, che per lo più sono le prime parti attaccate, alle altre parti del corpo ed in questo modo erompe l'eruzione. La faccia ed i genitali, che sono siti i quali facilmente si toccano con le mani, spesso sono sede della malattia. Il veleno, ordinariamente, agisce subito, bastando talvolta poche ore a produrre sintomi di alterazione cutanea; in altri casi possono decorrere parecchi giorni prima che si manifestino sintomi rilevanti.

(1) Veggasi un lavoro di J. C. White: « The poisonous action of tincture of arnica upon the skin » nel Boston Med. and Surg. Jour. Jan. 21, 1873.

(2) Veggasi l'articolo « On the action of rhus venenata and rhus toxicodendron on the human skin » per J. C. White, nel New York Medical Journal, March, 1873.

L'eruzione può essere di carattere eritematoso o vescicolare, per lo più è di questo ultimo. Nei casi tipici le vescichette si formano rapidamente; sono speciali per la loro forma irregolare; la loro grandezza varia da quella di una punta di spillo a quella di mezzo pisello e stanno sovra una superficie infiammata più o meno eritematosa. Le vescichette possono trasformarsi in pustole o divengono bolle. Quando l'eruzione è nel suo più alto grado, il turgore, l'edema, il calore ed il prurito sono tutti i sintomi più rilevanti. Le mani, le braccia, la faccia ed i genitali nel maschio ordinariamente sono tutti passionati e sono accompagnati da rilevante deformazione. Talvolta la maggior parte della superficie cutanea diviene sede della malattia, mostrandosi in forma di isole sparse; per lo più le lesioni in questi casi sono un misto di eritema e di vescichette. La malattia ha un corso acuto, poichè le vescichette si rompono spontaneamente o dietro violenza ed il liquido forma croste giallastre. Il processo può continuare per una a sei settimane, secondo la gravità dell'attacco ed altre circostanze, come ad esempio secondo la cura. Con un'adatta cura locale la maggior parte dei casi guarisce in due settimane.

I cangiamenti anatomici che hanno luogo sono probabilmente identici a quelli che sono stati osservati nelle eruzioni prodotte dall'olio di croton. (v. p. 115). Il processo è un'inflammazione acuta semplice della cute, che tende alla guarigione spontanea. Ma attaccando individui i quali sono predisposti allo eczema, come è il caso non raro considerando il grado di diffusione dell'eczema in tutti i luoghi, il corso dell'eruzione può divenire complicato ed assumere le note di eczema più o meno cronico. In queste sole condizioni, sembrami, si può dire che all'eruzione segue il vero eczema.

La cura deve consistere nelle lavande ammollienti, poco astringenti, seguite nell'ultimo periodo dall'uso di unguento blando o dall'uso delle aspersioni con la polvere di amido. L'acqua vegeto-minerale allungata è un rimedio popolare ed utile. L'acqua fagedemica nera (*lotio nigra*) usata come lavacro per un quarto d'ora ogni volta, ogni tre o quattro ore, come raccomanda il Dr. White, è molto utile. Gli astringenti vegetali, ad esempio i decotti di corteccia di quercia bianca e di ontano nero sono anche utili. Verso la fine del processo una lavanda di sublimato corrosivo, 3 centigrammi o più per 31<sup>re</sup> di acqua, si possono adoperare come nello eczema o nella scabbia delle mani. Il migliore rimedio però è la grindelia robusta in forma di estratto liquido, che si può allungare nelle proporzioni di 3<sup>re</sup>, 5 di estratto per 124 a 186 grammi di acqua. Brown dice che è un eccellente rimedio il bromo alla dose di cinque o dieci gocce per 31 grammi di olio uliva o di unguento di petrolio (1). Si raccomanda anche il solfato di zinco.

Di natura consimile è l'inflammazione cutanea prodotta dalla tintura velenosa di anilina e di corallina colle quali talvolta si colorano le vesti. Le sottocamicie, i sottocalzoni e le calzette tinte con queste sostanze non di raro producono iperemia e flogosi cutanea, massime quando si portano nella stagione calda e prima di es-

(1) New York Medical Record, April 20, 1878.



sere stati lavati. Io ne ho visto parecchi casi nelle donne, sui piedi e sulle gambe, quando la sostanza colorante era nella fodera delle scarpe ed il veleno era penetrato attraverso le calzette.

L'arnica, come si è già detto, agisce anche dannosamente sulla pelle. La tintura di arnica, popolare come che pericoloso rimedio delle contusioni e delle ferite, non di raro cagiona sintomi che rassomigliano a quelli prodotti dalla rhus. La senape, le cantaridi, la sabina, l'unguento di tartaro emetico e la laureola possono anche arrecar danno alla pelle; quando si applicano senza cautele l'effetto può essere simile a quello degli irritanti testè riferiti. L'olio di croton, strofinato sulla pelle, produce una minuta eruzione vescicolosa e pustolosa, accompagnata da edema, da turgore, da dolore e da prurito, e la sua gravezza varia secondo la quantità d'olio e l'energia della frizione. La pomata mercuriale, usata giudiziosamente in forma di unsioni, talvolta anche essa produce un'eruzione simigliante a quella dell'olio di croton; avviene ciò, pertanto, solo quando la pelle è molto impressionabile o quando la medicina è applicata esageratamente. Gli effetti deleterii che seguono all'applicazione di acidi forti, come il nitrico ed il solforico, o gli alcalini ed altri caustici, sono così noti che è inutile parlarne. Dall'uso di questi preparati può essere prodotta non pure infiammazione, vescichette e bolle, ma anche gangrena della pelle. I vari irritanti che sono stati enumerati sono talvolta usati, massime dalle donne isteriche, allo scopo di simulare una malattia, come ad esempio, l'acido nitrico e le cantaridi per il pensfigo, i senapismi e la trementina per l'eritema, ecc. (1)

DERMATITE CALORICA. — Il caldo ed il freddo ponno amendue produrre sintomi infiammativi, in forma di scottature e di congelazioni. Le scottature, quando dipendono dal calore artificiale o da quello dei raggi solari, danno origine allo stesso gruppo di sintomi che è prodotto dalle cause surriferite. Secondo l'estensione della scottatura la pelle presenterà uno stato eritematoso, vescicoloso, bolloso o gangrenoso. Simili lesioni, come che ordinariamente sieno di carattere molto meno notevole, si osservano nelle congelazioni.

DERMATITE GANGRENOSA. — La cancrena cutanea può dipendere da varie cause, per la maggior parte oscure e può essere o idiopatica o sintomatica. Può aver luogo in forma di isole circoscritte o diffuse. La forma idiopatica presenta una tendenza alla manifestazione simmetrica. Nelle descrizioni si dice che cominci comunemente come lesione piccola o larga, circolare, eritematosa, rossastra o purpurea, la quale può essere sensibile e dolorosa o insensibile. Dopo di aver seguito un corso più o meno variabile diviene gangrenosa ed il processo finisce con la morte o con la guarigione; questa talvolta ha luogo anche nei casi più gravi. La malattia della pelle ordinariamente è preceduta da malessere, da alterazione febbrile e da debolezza. Il Dr. Fagge (2), di Londra, de-

(1) Sotto questo rapporto si consulti l'importante lavoro di Startin; di Londra, sulle « Feigned Diseases of the Skin » nel Brit. Med. Jour., Jan. 8, 1870; ed un articolo sullo stesso argomento del Dr. Fagge, nel Brit. Med. Jour., Feb. 12 e March 26, 1870.

(2) Guy's Hospital Reports, vol. xiii., 3d Ser., 1868.

scrive un caso di gangrena simmetrica circoscritta in un uomo di cinquanta anni, nelle estremità inferiori, in cui i tessuti cutanei erano purpurei, nel centro vi erano tratti di forma irregolare, giallo-verdastri, circondati da margini rossastri. Casi alquanto simili sono ricordati da Brodie (1) col nome di « speciale forma di gangrena secca della pelle » e da Stockwell (2). Rook (3) riferisce un caso notevole in una signora nubile di 39 anni. Dopo parecchi giorni di alterazione febbrile mostrossi un tratto del diametro di un pollice e mezzo nel solco fra la mammella e le costole, accompagnato da leggiera sensazione puntoria e che faceva sembrare la pelle come se fosse stata irritata dalla perspirazione. Pochi giorni dopo la terza parte della mammella divenne rossa; il giorno appresso una macchia bianca, quanto un quarto di dollaro, piana, levigata e senza dolore si osservò nel centro della parte rossa ed il giorno appresso questa macchia si era ingrandita quanto una mezza arancia. L'aspetto della pelle era quello del sego o della cera bianca ed i tessuti erano insensibili. Durante i quattro mesi seguenti diverse parti del tegumento divennero successivamente cancerosi, essendosi osservati trentasei punti alterati; in alcuni di questi la malattia limitavasi ad un eritema, che cessava lasciando la cute sana. Nuovi tratti di alterazione generalmente erano separati dai precedenti da cute sana. Larghe parti della pelle spesso divenivano gangrenose con straordinaria rapidità. Vi era un'evidentissima simmetria nel morbo. L'ammalata guarì.

Il Dr. Petri (4) recentemente ha descritto un caso avvenuto sulla sua stessa persona. Egli avea goduto buona salute fino al momento dell'attacco, che fu preceduto da malessere e da sintomi di grave disturbo generale, con temperatura elevata. L'eruzione consisteva in numerose macule simmetriche, emorragiche che a principio fecero aumentare ma più tardi diminuire la sensibilità fin quasi alla completa anestesia. In ultimo si manifestarono grosse bolle, talvolta chiare, altre volte sanguigne, accompagnate da estremo esaurimento. Alla fine di sei settimane le braccia furono attaccate da gangrena superficiale. In sei mesi si compì la guarigione. Nel caso di Rook la cura locale, nel primo periodo, cioè numerose e piccole punture con la lancetta, o l'applicazione della tintura di iodo, sembrò che arrestassero il processo.

Le macchie gangrenose possono seguire alle lesioni nervose o presentarsi insieme a gravi malattie cerebrali o spinali, come nella forma acuta di piaghe da decubito, a cui Charcot (5) ha rivolto l'attenzione, e nelle quali le lesioni cutanee si ponno manifestare in breve periodo, cioè in pochi giorni o anche in poche ore dopo che sono sorti i sintomi nervosi. In tutti i casi di gangrena della pelle ed in consimili forme d'infiammazioni bisogna stare attenti a

(1) The Works of Sir Benjamin Brodie, 1865, vol. iii. p. 392.

(2) British Medical Journal, Feb. 12, 1878.

(3) Lancet, 1864, vol. ii. p. 486.

(4) Berliner Klin. Wochenschr., 1879, p. 509. Veggasi l'estratto nel Philadelphia Medical Times, Jan. 3, 1880.

(5) Diseases of the Nervous System, New Sydenham Society's Translation. London, 1877.

scovrire se trattasi di lesioni artificiali o di quelle prodotte dall'applicazione di irritanti e di caustici, allo scopo di simulazione, come quelle descritte da Tilbury Fox (1) di eritema gangrenoso simulato.

DERMATITE MEDICAMENTOSA. — La manifestazione di malattie cutanee come effetto dell'ingestione di medicine è comparativamente rara, quantunque le suddette affezioni possano essere provocate da diverse medicine in dati casi, principalmente d'idiosincrasia da parte dell'individuo. Le seguenti sostanze sono quelle che più comunemente producono talvolta eruzioni di diverso genere. Per comodità di studio le riporterò in ordine alfabetico (2).

ARSENICO. — Le eruzioni da arsenico sono state studiate da Imbert-Gourbeyre (3), da Hilton Fagge (4) e da altri. L'eruzione, secondo questi scrittori, talvolta è papulosa, rassomigliando ad eritema multiforme, alla scabbia, o al sifiloderma della faccia o in altri casi all'orticaria. Le lesioni generalmente si presentano sulla faccia e sul collo; meno frequentemente sulle mani ed altrove. Quando sono papulose durano da cinque a dieci giorni. Talvolta sulla faccia ha luogo un'eruzione erisipelatosa e più di raro un'eruzione eczemiforme pustolosa o bollosa. È stata anche descritta un'eruzione di porpora (5). Gli stati pustoloso, ulcerativo e gangrenoso cagionati dall'arsenico ordinariamente dipendono dall'azione esterna di questa sostanza come negli operai che lavorano nelle fabbriche di arsenico e negli stabilimenti di tintoria.

BELLADONNA, ATROPINA. — L'eruzione prodotta dalla ingestione o dall'assorbimento attraverso la pelle dei preparati di belladonna e del suo alcaloide è sorprendente ed è fra le più note delle medicinali. L'efflorescenza è in special modo facile nei bambini, quantunque non sia rara fra gli adulti. Si può mostrare in pochi minuti od ore dopo l'ingestione della medicina, anche nelle più piccole dosi e può sparire con la stessa rapidità o a gradi a gradi. Per lo più si manifesta sulla faccia, sul collo e sul petto; meno frequentemente su tutta la superficie cutanea. Consiste in lesioni eritematose o scarlattiniformi di colore vivo, accompagnate da secchezza alla gola e da dolor di capo. Per lo più non vi ha febbre, nè dà origine a prurito o a desquamazione. Sono stati riferiti casi da Lussana (6), da Jolly (7), da Berenguier (8), e da Dreifous (9). F. G. Wilson (10) riferisce un caso in cui l'eruzione caratteristica fu prodotta dalle unzioni sul petto con l'estratto di belladonna. Si può confondere con la scarlatina.

(1) *Lancet*, Oct. 30, 1875.

(2) L'autore è debitore al suo amico Dr. Van Harlingen di un efficace aiuto a preparare questo articolo.

(3) *Histoire des éruptions arsénicales*, *Moniteur des Hôpitaux*, 1857, p. 3017.

(4) *Med. Times and Gaz.*, Feb. 29, 1868.

(5) Imbert-Gourbeyre, loc. cit.

(6) *Union Méd.* 1854, p. 757.

(7) *Archives Gén.*, 1ère Sér., t. xviii. p. 92.

(8) *Thèse de Paris*, 1874, p. 35.

(9) *La France Méd.*, Dec. 1877; *Phila. Med. Times*, March, 1878.

(10) *Dublin Jour. Med. Sci.*, Feb. 1872, p. 198.



**BROMO, BROMURI.** — L'eruzione prodotta dal bromuro di potassio ordinariamente assume la forma di lesioni pustolose o furunculoidi, sparse, in forma di acne, che si manifestano primieramente sulla faccia, sul petto e sul dorso, talvolta ventiquattro ore dopo che si è cominciata a prendere la medicina; più spesso non si presenta fino a che non se ne è continuato l'uso per tre o sette giorni. Talvolta, secondo *Echeverria* (1) vi si osserva un coloramento brunoastro, accentuato sulla fronte o sul collo; inoltre eminenze diffuse cutanee. Le lesioni papulose si possono osservare sui gomiti, sul dorso delle mani, sulle ginocchia e sulle gambe. *Echeverria* afferma eziandio che egli ha osservato suppurazioni dolorose sottocutanee ed in un caso ulcerazione sulla faccia posteriore dello avambraccio. *Neumann* (2) ha veduto lesioni simili all'acne molluscoide, che si presentano a sbucciate successive ed oltre a ciò una forma carbuncolare della malattia, con notevole perdita di sostanza nel centro. Il Dr. *Cholmeley* (3) descrive un caso, che chiama di « acne confluenta » dovuto al bromuro, il quale per certi aspetti rassomigliava a quello di *Neumann*, ma era più grave. Quanto alle apparenze generali dell'eruzione questo caso era molto somigliante al mio provocato dal ioduro e citato più giù. Casi simili sono stati narrati accompagnandoli con figure da *Lees* (4) e da *Crocker* (5). Io ho pubblicato (6) le note di un caso in cui l'eruzione simulava molto bene il sifiloderma maculo-papuloso. Una specialità di questo caso fu che l'infermo aveva preso il bromuro, a dosi moderate, quasi continuamente per tre anni. Diminuita di botto la dose in cinque o sei giorni l'infermo fu attaccato da una efflorescenza eritematosa sulla faccia, sulle mani e sul collo, accompagnata da maculo-papule e da pustole minute. Alla fine di tre giorni, continuandosi l'uso della medicina, l'eruzione si diffuse a tutta la superficie del corpo ed agli arti. Allora si sospese il bromuro. Quando io lo vidi due giorni più tardi, la faccia dell'infermo avea una tinta violacea ed un aspetto congesto; era calda, si faceva rossa con facilità ed era sede di maculo-papule in parte confluenti, coi dotti delle glandole sebacee allargati, e qua e là coverti da sottili croste sebacee. Sul cranio erano sparse croste sebacee della dimensione di un pisello. L'eruzione avea invaso tutta la superficie del corpo e gli arti. Sul collo vi era una leggiera tinta violacea, mentre sul corpo era giallastra, bruna. Si accusavano leggieri sensazioni di bruciore. L'eruzione sparì spontaneamente in quindici giorni dopo sospeso il bromuro. Il Dr. *Seguin* (7) di New York, descrive un caso simile, in cui la malattia, sulla faccia e sul collo, mostrava papule, pustole e numerosi noduli purpurei, leggermente

(1) Phila. Medical Times, Nov. 30, 1872.

(2) Wien. Med. Wochenschr., No. 6, 1873; Amer. Jour. of Syphilography and Dermatology, 1873, p. 283.

(3) London Clinical Society's Transactions, vol. iii., 1870, p. 38.

(4) London Pathological Society's Transactions, vol. xxviii., 1877, p. 247.

(5) Ibid., vol. xxix., 1878, p. 252.

(6) Maculo-papular eruption due to bromide of potassium, Med. and. Surg. Reporter, Nov. 30, 1878.

(7) In una lettera all' Autore.

sollevati, della grandezza di mezzo pisello o dell'unghia di un dito. Il Dr. Seguin afferma che egli ha anche veduto parecchi casi di una « eruzione simile a rupia » negli epilettici saturi di bromuro di potassio. Voisin (1) riferisce casi di « eczema umido » e di grave « pitiriasi » del cranio durati alcuni mesi dopo cessata l'amministrazione della medicina, bromuro di potassio. Wigglesworth (2) descrive un'eruzione bollosa. Nelle pustole dell'eruzione è stato trovato bromuro (3). Le eruzioni da bromuro, secondo Voisin (4) e Veiel (5) sono più frequenti fra le persone con cute grossa ed untuosa, massime nelle donne. La loro manifestazione può essere impedita o mitigata dall'amministrazione simultanea dell'arsenico.

**CANNABIS INDICA.** — Il Dr. J. Newins Hyde (6), di Chicago, ha descritto il caso di un signore che, avendo preso sei centigrammi di estratto di cannabis indica prima di andare a letto, la mattina seguente trovò il suo corpo quasi tutto coperto da un'eruzione di vescico-papule e di vescichette grosse quanto una punta di spillo a mezzo pisello. Le lesioni faciali erano piuttosto livide. Vi era notevole prurito. La malattia finì spontaneamente in pochi giorni. Io non ho mai osservato questa eruzione, nè so che se ne sieno riferiti altri casi.

**CLORALIO.** — Non è molto rara un'efflorescenza eritematosa, scarlattiniforme e somigliante all'orticaria, dovuta all'ingestione dell'idrato di cloralio. Essa sembra che sia favorita dalla simultanea o consecutiva amministrazione degli stimolanti. Ha un colore rosa alquanto scuro ed è accompagnata da prurito. Secondo Martinet (7) le sue sedi favorite sono la faccia, il collo ed il petto, le vicinanze delle articolazioni maggiori, le mani ed i piedi. Ludwig Kirn (8) parla di turgore e calore delle parti attaccate, con febbre e sensibilità della pelle, della durata di molte ore. Talvolta le lesioni sono papulose sulle estremità. In certi casi, secondo Kirn, vi ha una tumefazione di tutto il corpo; in altri ingorghi glandolari. Talvolta, ove si continui l'uso della medicina, ponno manifestarsi vescichette e petecchie, con ulcerazione o disfacimento ed anche morte, coi sintomi di porpora emorragica (9). Crichton

(1) Eruptions cutanées par l'usage interne de bromure de potassium, Gaz. Méd. des Hôp., 1868, p. 603.

(2) Proceedings of the American Dermatological Association. Archives of Dermatology, vol. v., No. 4, Oct. 1, 1879, p. 371.

(3) Guttman, Virchow's Archiv, 1878, Bd. lxxiv. p. 541.

(4) Loc. cit.

(5) Ueber Bromkalium-Acne, Vierteljahrssch. für Dermatologie und Syphilis, 1874, p. 25.

(6) New York Medical Record, May 11, 1878.

(7) Thèse de Paris, 1879.

(8) Practitioner, vol. x. p. 362.

(9) In un caso avvenuto sotto la personale osservazione di Kirn, in cui si era dato il cloralio a larghe dosi (gram. 2,40 a 4,50 ogni sera o due volte al giorno) per un mese o più, le papule prima si manifestarono sulla faccia e divennero confluenti. La temperatura dell'infermo salì al ventesimo giorno a 106° F., seguita da edema della faccia, più tardi ebbero luogo « eruzioni eczemiformi, umide, impetiginose e squamose » seguite da generale desquamazione per parecchie settimane, durante il qual tempo tutta la guaina epidermica cadde da ogni parte del corpo,

Brown e (1) riferisce un caso in cui dall'uso di questa medicina fu prodotta una lesione di porpora.

COPAIVE. — L'eruzione da copaive spesso segue immediatamente all'ingestione della medicina, in forma di efflorescenza papulosa o maculo-papulosa caretteristica, di colore rosso ciriegia vivo, somigliante all'orticaria ed all'eritema polimorfo. Mostrasi a preferenza sulle mani, sulle braccia, sui piedi, sulle ginocchia e sull'addome, ma talvolta presentasi repentinamente e può attaccare tutta la superficie cutanea. Ordinariamente dura soltanto pochi giorni. In generale vi ha prurito, talvolta ad un grado intollerabile. Guibler afferma di aver osservate eruzioni miliariformi e scarlattiniformi prodotte dal copaive (2).

CUBEBE. — La malattia cutanea dipendente dall'ingestione del cubebe è rara, e segue solamente all'uso di dosi alte, massime nei giovani. In un caso notato da Berenguier (3) il cubebe era stato dato per dieci giorni, dopo dei quali avvenne un'eruzione somigliante alla « roseola papulosa », con un colore rosso vivo diffuso della pelle, con molte papule quanto acini di miglio, confluenti qua e là, sicchè formavano isole della grandezza dell'unghia di un dito. L'eruzione era confluyente sulla faccia, sulle braccia e sul tronco, ma era meno copiosa sulle estremità inferiori. Non vi era febbre, alterazione della gola, o prurito. Sparì con una desquamazione furfuracea pochi giorni dopo che si era sospesa la medicina.

DIGITALE. — Secondo Behrend (4) Traube in due casi osservò un'eruzione scarlattiniforme ed un eritema papuloso dopo l'ingestione della digitale.

JODO, IODURI. — Il ioduro di potassio può dare origine a lesioni eritematose, papulose, vescicolose, pustolose, bollose e di porpora. L'efflorescenza eritematosa, che, paragonata a qualcuna delle altre forme non è molto infrequente, ha luogo per lo più sulle avambraccia in forma di isole discrete o confluenti ed anche sulla faccia e sul collo. Se l'amministrazione del ioduro si prolunga può passare alla forma papulosa, che è più rara. La varietà vescicolosa o eczemiforme è stata descritta negl'individui, che da lungo tempo continuano la cura. Da alcuni scrittori è stato detto che sia molto più comune sul capo e sullo scroto. Altri dicono che si presenta sul petto o sugli arti, accompagnata da grave prurito, da desquamazione. Mercier, citato da Bumstead e da Taylor (5) descrive un caso in cui moderate dosi di ioduro produssero due volte nello stesso individuo un'eruzione simile ad eczema rubro su tutto il corpo, accompagnata da febbre, con un pò di dispnea ed essudato liquido così copioso che il letto su cui giaceva l'infermo era completamente bagnato.

---

i peli e le unghie caddero. Finalmente sulle spalle e sulle ascelle si formò una serie di larghi ascessi e l'ammalato morì coi sintomi di avvelenamento cronico del sangue.

(1) *Lancet*, April, 1871, pp. 440, 473.

(2) Berenguier, loc. cit.

(3) Loc. cit.

(4) *Die Hautkrankheiten*, p. 152. Braunschweig, 1879.

(5) *Venereal Diseases*, 4th ed, New York, 1879, p. 815.



L'eruzione pustolosa ha una grande rassomiglianza con quella prodotta dal bromuro di potassio. Per lo più è acniforme per l'aspetto e comunemente ha luogo sulla faccia, sulle spalle, sul dorso, sul petto e sulle braccia. Talvolta le pustole sono seguite da indurimenti che possono persistere. Io recentemente ho descritto sotto la denominazione di « dermatite flemmonosa circoscritta dipendente dal ioduro di potassio (1) » un caso singolare, in cui, dopo preso il ioduro di potassio a dosi moderate per alcune settimane, presentavasi una lesione ad anello, leggermente infiammatoria sulla fronte dell'infermo, del diametro di mezzo pollice, composta da parecchie vescico-pustole grandi quanto una punta di spillo, somigliante all'aspetto ad un'isola irritata di erpete volatico. Questa si diffondeva rapidamente e parecchie lesioni simili mostravansi altrove sulla faccia. Dopo quindici giorni la lesione primitiva aveva quasi due pollici di diametro e consisteva in un'isola violacea, infiammatoria, solida, elevata, irregolarmente rotonda, circoscritta e definita. Il suo centro era depresso e coperto di una crosta, essendo ivi cessata la infiammazione. Lesioni sebacee pustolose, che non mostravano nessuna tendenza a rompersi, erano sparse sulle isole, massime alla periferia. Quando si pungevano o si tagliavano i punti pustolosi giallastri davano sangue ma non essudavano il loro contenuto. Questo caso rassomigliava moltissimo alla eruzione consimile descritta da Cholmeley, prodotta dal bromuro di potassio. Adamkiewicz (2) ha trovato iodo nelle pustole di eruzione iodica.

L'eruzione bollosa dipendente dal ioduro di potassio fu descritta per la prima volta da Dr. John O'Reilly, di New York (3); dopo sono stati riferiti altri casi da Bumstead (4), da Tilbury Fox (5), da R. W. Taylor (6), da F. Nevins Hyde (7), da me (8) e da altri. Il lavoro del Dr. Hyde contiene un'analisi ed un sommario dei sintomi presentati da questa eruzione in quattordici casi riferiti, da cui sembra che ha luogo frequentissimamente sul capo, sul collo e sulle estremità superiori, meno spesso sugli arti inferiori e di raro sul tronco. In un caso si manifestò nella bocca. L'eruzione comincia come vescichette quanto una punta di spillo o come papule simili a pallini, nell'apice delle quali si presenta la vescicazione e le vescichette hanno un colore pallido, bianco-giallastro. In alcuni casi la malattia non procede oltre, ma se il ioduro si dà a larghe dosi o si continua ad amministrare le bolle divengono rosso-scure o porporine. In questi casi il liquido, a principio siero limpido, diviene puriforme e sanguigno. In pochi casi fu trovato soltanto sangue nelle bolle in un primo periodo. Quando si sospende il ioduro le lesioni ordinariamente spariscono in pochi giorni o in una settimana.

(1) Medical and Surgical Reporter, Dec. 13, 1879, p. 516.

(2) Charité Annalen, vol. iii. p. 381, 1878.

(3) New York Med. Gaz., Jan. 1854.

(4) Amer. Jour. of the Med. Sci., July, 1871, p. 99.

(5) Clinical Society's Transactions, vol. xi., 1877.

(6) Archives of Dermatology, April, 1877, p. 227.

(7) Ibid., October, 1879, p. 333.

(8) Medical and Surgical Reporter, Aug. 4, 1877, p. 89.

La porpora prodotta dal ioduro di potassio è fra le più rare forme di malattia cagionata da questa medicina. È stata già abilmente descritta da Fournier (1). Comunemente mostrasi subito dopo cominciata la cura con questa medicina e molto facilmente si manifesta sulle gambe, meno spesso sul collo, sulla faccia ed altre parti del corpo. Fournier descrive una forma miliare di cui egli ha osservato quindici casi in cui, tranne in uno, l'eruzione era limitata alle gambe. Talvolta l'eruzione ha luogo in forma d'isole più larghe e può assumere altresì la forma di porpora emorragica ed un carattere grave. Mackenzie (2) riferisce il caso di un bambino che ebbe una porpora emorragica mortale consecutiva all'amministrazione di 18 centigrammi di ioduro di potassio. Duffey (3) recentemente ha anche scritto sulla porpora iodica. Secondo Ringer (4) sembra che vi sia una certa differenza negli effetti dei diversi bromuri quando producono malattia cutanea, poichè sotto questo aspetto è il più attivo il bromuro di ammonio ed il meno attivo quello di sodio.

MERCURIO. — A proposito del « mercurialismo » una volta si riferivano non di raro casi di eruzione dipendente dal mercurio, ma in questi ultimi anni è prevalso un certo grado di scetticismo relativamente alla virtù del mercurio, amministrato internamente, di provocare eruzioni. Hebra (5) dichiara molto positivamente che le condizioni patologiche della superficie cutanea non sono *mai* prodotte dall'amministrazione per via interna di qualsiasi preparato mercuriale, e la mia personale esperienza sta in favore di questa stessa conclusione. Ma recentemente un certo numero di casi non dubbii è stato ricordato da Fournier e da Hallopeau (6), da Engelmann (7) e da altri, in cui un'efflorescenza parziale o totale eritematosa è stata prodotta dalla ingestione di piccole dosi di mercurio. La pelle divenne levigata, lucente, secca, e vi era prurito, e sulla faccia cominciò un'eruzione diffusa rosso-scura, con turgore, rassomigliante ad erisipela. Gradatamente furono attaccate altre parti del corpo.

OPPIO, MORFINA. — L'efflorescenza cagionata dall'oppio e dai suoi preparati per lo più è d'indole eritematosa, spesso molto somigliante a quella della febbre scarlattina. Behrend (8) ha ricordato il caso di un uomo che dopo di aver preso un centigrammo e mezzo di oppio ogni ora (quindici centigrammi nel corso del giorno) fu assalito da un violento prurito, con un'eruzione scarlatta puntiforme, principalmente sul petto, sulla superficie interna e di flessione degli arti inferiori e del collo del piede. Durò da una a due settimane e si desquamò a larghe falde, massime sulle facce dorsali e

(1) Rev. Mens. de Méd. et de Chir., Sept. 1877.

(2) Med. Times and Gaz., Feb. and Mai, 1879. pp. 280 e 507.

(3) Dublin Jour. of Med. Sciences, April 1880.

(4) Practitioner, vol. viii., March, 1872.

(5) Hebra u. Kaposi, Lehrbuch der Hautkrankheiten, 2 Aufl., 1872, Bd. i., p. 425, Erlangen.

(6) Du Mercure, Paris, 1878, p. 110. (Citato da Behrend).

(7) Berlin. Klin. Wochenschr., Oct. 27, 1879.

(8) Ibid., Oct. 20, 1879, p. 626.

palmari delle mani e sulle piante dei piedi. Seguin (1), riferisce un caso di dermatite prodotta nello stesso individuo da tre preparati di oppio.

Berenguiet (2) allude ai sudori profusi e talvolta alle sudamina che sono effetto dell'amministrazione dell'oppio. Le forme più miti di eruzione cessano in poche ore e non lasciano desquamazione, mentre le forme più notevoli durano più a lungo e talvolta sono accompagnate da una completa desquamazione delle parti passionate. Apollant (3) dette ad un infermo poche gocce di una soluzione contenente nove centigrammi di morfina e gram. 5,70 di acqua. Subito apparve un'efflorescenza, con calore e prurito; la faccia era edematosa e si manifestarono ponfi sulle natiche e sulle mani. In pochi giorni seguì una desquamazione lamellare.

ACIDO FOSFORICO. — Hasse (4) nota la produzione di una malattia bollosa, che egli ritiene penfigo, in una giovanetta la quale avea preso acido fosforico, che sparì quando la medicina fu sospesa, ma ritornò sempre che si riprendeva il medicamento.

CHININA. — L'efflorescenza dipendente da questa medicina ordinariamente è eritematosa e può essere provocata anche da dosi molto piccole. Per lo più è preceduta da brivido, nausea, vomito, dolor di capo e febbre. Un pò più tardi, nella maggior parte dei casi, mostrasi l'eritema, accompagnato dall'edema, da iniezione della congiuntiva e da rossore e secchezza della faringe e vie nasali. La manifestazione cutanea mostrasi primieramente sulla faccia e sul collo ed erompe sul corpo ad isole di varia estensione, che ponno confluire, nel qual caso l'eruzione diviene generale. È accompagnata da bruciore e da prurito accentuati. In alcuni casi l'eruzione rassomiglia molto alla scarlattina. Vi può essere desquamazione, che talvolta dura settimane. In altri casi l'eruzione rassomiglia alla rosolia (5). Talfiata assume la forma papulosa, somigliante all'eritema polimorfo papuloso (6) ed all'orticaria (7). Köbner (8) riferisce un caso in cui la chinina produsse sempre un'erisipela dello scroto e Morrow (9) si rimette a Panas il quale asserisce che larghe dosi hanno dato origine ad un'eruzione bollosa. Dicesi che l'efflorescenza è più frequente nelle donne, Bergeron e Proust (10) hanno anche notato una malattia che si manifesta fra gli operai delle fabbriche di chinina. In questi casi, dicesi che le lesioni sieno state di carattere eczemiforme e sieno state prodotte dall'azione locale della medicina (o da quella spiegata sulla pelle dalle sostanze adoperate nella sua manifattura), più che dall'assorbimento della chinina nell'organismo. Una forma di porpora dell'eruzione è stata

(1) Archives of Medicine, No. 1, Feb. 1, 1879.

(2) Loc. cit.

(3) Berlin. Klin. Wochenschr., No. 25, 1878, p. 361.

(4) Zeitschr. für Natur u. Heilk., Dresden, 1820, i., 3 Stück, p. 362.

(5) Köbner, Berlin. Klin. Wochenschr., May 28, 1877.

(6) Heusinger, Berlin. Klin. Wochenschr., June 18, 1877.

(7) Dumas, Jour. de Thérap., 1876, p. 238; anche Morrow, New York Medical Journal, March, 1880; l'articolo di Morrow contiene una bibliografia.

(8) Loc. cit.

(9) Loc. cit.

(10) Annales d'Hygiène, July, 1876.



osservata, di cui cinque casi, secondo *Morrow*, sono stati riferiti. In uno di questi (1) 12 centigrammi continuati per quattro giorni furono sufficienti a provocare la malattia, insieme ad emorragie delle gengive.

**ACIDO SALICILICO.** — Le lesioni cutanee riferibili all'acido salicilico sono di diverse specie. *Heinlein* (2) osservò un caso in cui il salicilato di soda fu dato alla dose di 42 centigrammi ogni ora per dieci giorni e poi fu aumentato alla dose di 3<sup>re</sup>, 60 per volta e subito dopo presa la prima dose di grammi 3,60 si manifestò un intenso prurito e formicolio della pelle seguito da febbre e da una diffusa eruzione eritematosa sul lato sinistro della faccia e del petto e sulle estremità inferiori, nonché un po' di edema delle palpebre, del labbro superiore e degli arti inferiori. Diminuita la dose della medicina l'eruzione scomparve ma, nel riprendere nuovamente grammi 3,60 di salicilato, in mezz'ora si sviluppò un'eruzione di urticaria sulla maggior parte del corpo, con edema delle palpebre e delle braccia. Questo in poche ore diminuì e cessò nel giorno seguente. Sembra che le piccole dosi non provochino eruzione. *Freudenberg* (3) descrive un caso in cui, dopo preso l'acido salicilico, il dorso dell'infermo si coprì di isole ecchimotiche diffuse fino ai fianchi e al petto. Fu sospeso l'acido e al 6° giorno l'eruzione cessò. L'infermo era anemico. *Wheeler* (4) osservò vescichette e pustole sulle mani e sui piedi con molto sudore, che cessarono sospendendo l'uso della medicina.

**SANTONINA.** — *Sieveking* (5) riferisce un caso in cui 18 centg. di santonina furono amministrati ad un bambino il quale, subito dopo, presentò un'efflorescenza di urticaria sulla faccia e sul corpo; la faccia era molto gonfia e vi era edema delle palpebre. Il bambino fu messo in un bagno caldo, e, dopo un'ora o presso a poco, finì l'eruzione e l'edema.

**STRAMONIO.** — *Deschamps* (6) afferma di avere osservato un'eruzione eritematosa dietro l'uso della *Datura stramonium*.

**STRICNINA.** — *Skinner* (7) riferisce un caso in cui un centigrammo e mezzo di stricnina dato 3 volte al giorno dette origine fin dalla seconda dose ad una forma eruttiva scarlattinoide, perciò vi si sostituirono milligrammi due e mezzo di stricnina, ma ne seguirono gli stessi effetti.

**TREMENTINA.** — L'eruzione che più frequentemente si osserva in seguito alla ingestione di trementina in grande quantità è di carattere eritematoso; si manifesta ordinariamente sulla faccia e sulla parte superiore del tronco, in alcuni casi è accompagnata da una profusa eruzione di minute papule. Può essere diffusa e si può accompagnare a violento prurito. Talvolta secondo *Berenguer* (8) sor-

(1) *Gauchet*, Bull. Gén. de Thérap., t. lxxix. p. 373.

(2) *Rundschau*, xix., 1878, 10ten Heft.

(3) *Berlin. Klin. Wochenschr.*, No. 42, 1878.

(4) *Boston Medical and Surgical Journal*, Oct. 17, 1878.

(5) *British Medical Journal*, Feb. 18, 1871.

(6) *Gazette des Hôpitaux*, 1878, No. 124.

(7) *British Medical Journal*, Jan. 29, 1870.

(8) *Loc. cit.*

gono lesioni vescicolose molto somiglianti all'eczema vescicoso acuto.

Secondo Behrend (1), il quale ha pubblicato un'importante lavoro sopra queste dermatiti, un esame dei sintomi prodotti dall'ingestione delle droghe mostra che essi si possono dividere in due classi: 1°, i pustolosi che abbracciano le eruzioni jodiche e bromiche; 2°, le varie eruzioni prodotte dalle altre medicine. La prima classe ordinariamente è caratterizzata dall'ultimo aspetto che assume la malattia, dovuto, come sembrerebbe, ad una saturazione, o, almeno, ad una completa impregnazione dell'organismo. L'eruzione in una o in altra forma ha luogo in tutti coloro che prendono la medicina in sufficiente quantità, divenendo più notevole a misura che la medicina aumenta e diminuendo quando questa diminuisce. Naturalmente le lesioni presentano differenze dovute alla idiosincrasia individuale. Gl'individui che hanno pelle grossa ed untuosa sono i più predisposti a questa specie di eruzione. L'essersi scoperto il jodo e il bromo nelle pustule dimostra che queste sono prodotte dall'irritazione che trae seco l'escrezione di queste sostanze. Contro questa opinione, però, bisogna ricordare la relazione di un esame microscopico delle lesioni in un caso di Cholmeley fatta da Dyce Duckworth, le cui ricerche portarono alla conclusione che le pustole, non erano della natura dell'acne, ma dipendevano da dermatiti superficiali circoscritte (2).

La seconda classe comprende la forma esantematica che spesso si diffonde a grandi parti della superficie cutanea. Ordinariamente è acuta, giacchè in molti casi si presenta dopo un brivido iniziale, e generalmente è accompagnata nel suo corso da alta temperatura e da disturbo gastrico. In alcuni casi questi sintomi mancano. Per lo più appaiono immediatamente o non appena la medesima è assorbita e giunge nel torrente circolatorio. Vi sono però eccezioni a questa regola, come nel caso delle eruzioni prodotte dall'arsenico in cui questo talvolta si prende per un certo tempo prima che produca qualsiasi effetto sulla pelle, anche in individui che sono soggetti a tale influenza.

---

(1) Berliner Klin. Wochenschr., 1879, Nos. 42 and 43.

(2) Trans. of the London Pathological Society, vol. xxx., 1879, p. 576.

## CLASSE IV.

## HAEMORRHIAGIAE. — EMORRAGIE.

Le EMORRAGIE cutanee assumono certi aspetti esterni, che le fanno designare secondo la loro forma e grandezza, coi nomi di petecchie, vibici, ecchimosi ed ecchimomi. Possiamo definirli nella maniera seguente :

Le petecchie sono rotondeggianti, ovoidali o di forma irregolare e variano per grandezza da quella di una punta di uno spillo a quella dell' ugha di un dito.

I vibici sono lesioni lunghe, strette, lineari, la cui grandezza varia da poche linee ad un pollice e più.

Le ecchimosi sono lesioni superficiali larghe, di varia grandezza, rotondeggianti o irregolarmente conformate, non elevate.

L'ecchimoma risulta da estesi stravasi che si presentano in forma di lesioni o tumori di varia grandezza e figura, profondamente situati, schiacciati o protuberanti.

L'emorragie cutanee possono aver luogo o per diapedesi o per stravaso. Possono essere l'effetto di un'offesa esterna, nel qual caso chiamansi idiopatiche o possono manifestarsi come sintomo di qualche malattia interna, ed allora chiamansi sintomatiche.

EMORRAGIA IDIOPATICA. — A questa categoria appartengono tutti gli stati che sono prodotti da ferite, da contusioni e da altre forme di diretta violenza del tegumento cutaneo, e da disturbi meccanici vascolari come nelle varicosità. In questi casi i vasi si rompono ed il sangue stravasato in maggiore o minor copia penetra non solo nella pelle ma anche nei tessuti più profondi. Sotto questo nome bisogna anche comprendere le emorragie minute, circoscritte, prodotte dai morsi di varii insetti fra cui il pidocchio, la pulce, la cimice sono quelli che producono il maggior danno.

EMORRAGIA SINTOMATICA. — Questa si mostra spontaneamente, in apparenza come unica malattia, per esempio, nella porpora semplice; ovvero come un sintoma nel corso di certe gravi malattie costituzionali, per esempio nel vajuolo e nel tifo, o finalmente come un sintomo secondario in altri morbi cutanei, come nel penfigo, nell'ectima e nell'eritema nodoso.

I caratteri generali dell'emorragia cutanea sono stati già descritti nel capitolo riguardante la patologia della pelle.

## PORPORA

*Sin.*, Hemorrhoea Petechialis; *Ted.*, Purpura; Blutfleckenkrankheit; *Fr.*, Purpura.

La porpora consiste nella manifestazione di isole emorragiche di varia grandezza e forma non elevate o sporgenti, levigate, rossastre, che non si dileguano sotto la pressione.

**Sintomi.** — Se ne osservano tre varietà, le quali differiscono per i sintomi precursori della manifestazione cutanea, per il grado dell'alterazione generale che accompagna la malattia, per l'estensione dell'emorragia e per l'etiologia. Le forme esterne delle lesioni, la loro grandezza, figura, numero e colore sono del pari diversi.



**PORPORA SEMPLICE** — Questa varietà di raro presenta sintomi di alterazione generale. Frequentemente le uniche manifestazioni della malattia sono le lesioni locali. Talvolta dànno origine a tanto poco disturbo che la loro presenza può per un certo tempo sfuggire all'osservazione dell'infermo. Talvolta però l'ammalato dice di non sentirsi bene, di aver perduto l'appetito e di stancarsi nei movimenti, già alcuni giorni prima che compaiano le lesioni cutanee. Queste per lo più si mostrano repentinamente, spesso nel corso di una notte, altre volte più gradatamente in forma di isole emorragiche di colore rosso vivo, di colore di vino di Bordeaux, o porporine, a margini bruschi, rotondeggianti, ovoidali o di forma irregolare (1). La loro grandezza varia da quella della punta di uno spillo a quella di un pisello o di un fagiuolo. Per lo più sono numerose e simmetriche; la loro sede comune è sulle estremità inferiori, giacchè la superficie di flessione delle cosce è la parte più frequentemente attaccata (2) però sono anche passionate altre regioni. Presentano una tendenza a comparire in una forma disseminata, invadendo una notevole parte della superficie cutanea. Ordinariamente sono accompagnate da sintomi subiettivi. Talvolta quando vi ha una disposizione nella pelle al rapido sviluppo di ponfi, queste lesioni si possono mostrare in rapporto con l'emorragia costituendo la **PORPORA URTICANTE**, nel qual caso vi può essere prurito in maggiore o minore grado. Certe volte il sistema nervoso senza dubbio vi prende parte costituendo la così detta porpora neurotica. Mitchell (3) e Tyrrell (4) hanno entrambi richiamato l'attenzione su questa causa della malattia. In tutti i casi riferiti dall'ultimo dei suddetti osservatori gl'infermi erano stati esposti al miasma palustre in siti di mal'aria, ciò che egli ritenne come causa prima. Insieme alla porpora si sono viste anche bolle come nel caso di emorragia cutanea ricorrente, con efflorescenza urticariforme e bollosa, riferito da White (5). Talvolta incontra che la malattia sia prodotta dall'amministrazione interna di medicine, e ne sono stati riferiti casi da Fournier (6) Abbé (7), T. C. Fox (8) e Mackenzie (9) dovute al joduro di potassio; da Crichton Brown (10), dovuti al cloralio; da Jeudi de Grissac (11) dovuti alla china, e da Freudenberg (12) prodotti dall'acido salicilico.

La malattia si osserva più frequentemente nei vecchi che nei giovani e la sua durata può variare da 15 giorni a parecchi mesi. Le lesioni cutanee possono recidivare durante tutto il corso della ma-

(1) Raramente assumono una forma cercinata o anulare, come nel caso riferito da me nel *Medical and Surgical Reporter*, August 3, 1878.

(2) Veggasi il mio *Atlas of Skin Diseases*, Tavola K.

(3) *Amer. Jour. of Med. Sci.*, July, 1869, p. 116.

(4) *Pacific. Med. and Surg. Jour.*, June, 1876.

(5) *Boston Med. and Surg. Jour.*, Oct. 10, 1878.

(6) *Rev. Men.*, Sept. 1877.

(7) *Archives of Dermatology*, April, 1878.

(8) *Brit. Med. Jour.*, May 31, 1879.

(9) *Med. Times and Gaz.*, vol. i., 1879.

(10) *Lancet*, vol. i., 1871.

(11) *Des éruptions quiniques*. Thèse de Paris, 1876.

(12) *Berliner Klin. Wochenschr.*, Nor. 42, 1878.

lattia in forma di gruppi. Le cause spesso sono oscure. Si è osservato che ha luogo in coloro i quali apparentemente sono ben nutriti ed in quelli che sono in uno stato di debilitamento. Le lesioni si possono confondere coi morsi di pulce; in questi morsi però il punto centrale emorragico, circondato da maggiore o minor grado di congestione, per lo più basterà a costituire un segno caratteristico.

**PORPORA REUMATICA, — PELIOSI REUMATICA.** — Questa varietà esordisce con febbre più o meno alta, con stanchezza, perdita dell'appetito ed evidenti segni di depressione morale, nonché con gravi dolori reumatici per tutto il corpo, più specialmente nelle articolazioni delle estremità inferiori. Nel corso di pochi giorni o di una settimana l'eruzione repentinamente si presenta sopra una parte del corpo o su tutto, e le lesioni sono più distinte sulle braccia, sulle cosce e sulle gambe. Sono punti emorragici più o meno bene definiti, rosei, rossastri o porporini, della grandezza di mezzo pisello a quella dell'unghia di un dito. Essi sono o leggermente sporgenti o allo stesso livello con la pelle circostante, e non sono accompagnati da sintomi subiettivi; pertanto si può sentire su tutta la superficie cutanea una certa sensibilità o dolore. Il colore dell'eruzione di quando in quando subisce cangiamenti, passando nel giallastro e nel verdastro, finchè in ultimo con l'assorbimento del sangue a gradi a gradi va via.

La malattia può durare poche settimane o mesi; in tal caso si presentano nuovi punti emorragici in forma di recidive; i sintomi generali, depressione, perdita delle forze, stanchezza e sensazioni relative, spesso perdurano per tutto l'attacco; generalmente sono rilevanti e talvolta allarmano l'infermo. I gravi dolori reumatici che precedono l'emorragia possono materialmente far dimipiure l'importanza dell'eruzione. La malattia si osserva negli uomini e nelle donne, più spesso in queste, e in generale durante l'età media. In certi casi è congiunta all'eritema polimorfo. In generale non vi si possono assegnare cause (1).

La diagnosi talvolta è difficile, massime in quei casi in cui le lesioni sono imperfettamente sviluppate; l'eruzione in questi casi rassomiglia al sifiloderma maculoso (2). Qui i sintomi precursori e la mancanza di prurito indicano la sifilide. Ma con un esame attento si può scovire la natura emorragica della lesione. Se si manifesta prima dell'eruzione, la malattia si può confondere col reumatismo.

**PORPORA EMORRAGICA, — LAND SCURVY, — MORBUS MACULOSUS WERLHOFFII.** — Questa forma ordinariamente comincia con sintomi precursori di natura accentuata, consistenti in una notevole debolezza, in perdita di appetito, languore, dolor di capo e sensazioni di disturbo generale. I punti alterati si manifestano primieramente sugli arti da cui si estendono con rapidità al tronco ed alle estremità superiori. La loro apparizione in generale è repentina. Per lo più sono in gran numero. L'estensione loro varia da quella di una piccola moneta a quella della palma della mano. Non di raro due o

(1) Circa una relazione di casi di questa forma di porpora veggasi un articolo del D. Kinnicutt di New York; *Archives of Dermatology*, vol. 1 pag. 193.

(2) Veggasi un lavoro dell'autore nel *Phila. Med. Times*, vol. III, pag. 345, 1873.

più confluiscono e formano isole larghe e irregolarmente conformate. Ordinariamente si osserva una varietà di grandezze e di forme. Insieme alle lesioni cutanee, o più tardi, può aver luogo un' emorragia generale da altre parti del corpo, specialmente dalla bocca, dalle gengive, dalle narici, dalle intestina, dalla vescica. Questa può essere di natura leggera o violenta. Non di raro si perdono grandi quantità di sangue. I sintomi generali di depressione e di debolezza possono continuare finchè vi è tendenza all' emorragia.

Il corso e la durata della malattia sono variabili; può continuare per giorni e settimane in forma di ricadute o può finire completamente in una settimana o in 15 giorni. È una malattia grave che può produrre la morte. L' emorragia può cessare repentinamente o a gradi. Si osserva nei bambini e negli adulti, ma più frequentemente in questi ultimi; si manifesta tanto negli individui forti e ben nutriti quanto nei deboli e mal nutriti.

La porpora emorragica differisce dallo scorbutto, col quale ha la maggiore rassomiglianza, per importanti particolarità. La porpora comunemente si osserva in coloro i quali non sono stati soggetti alle speciali influenze che danno origine allo scorbutto, cioè, cattiva igiene, insufficiente alimentazione e, soprattutto, mancanza di cibi vegetali. Nella porpora i sintomi precursori non sono sempre qualificativi, e talvolta, possono anche mancare del tutto; nello scorbutto non mancano mai, e costituiscono un gruppo patognomonico, che consiste nella debolezza assoluta e nel depauperamento generale, nella imperfetta circolazione, nella tumefazione delle gengive con fuoriuscita di sangue e nella mobilità dei denti. La porpora si può presentare bruscamente; lo scorbutto sorge sempre con lentezza.

**Patologia.** — Nella maggior parte dei casi il sangue passa rapidamente nei tessuti e trova la via di giungere nei varii strati ed elementi; talvolta ha la sua sede principale nel tessuto del derma o nel tessuto connettivo sottocutaneo; tal' altra intorno alle ghiandole ed ai follicoli. Secondo la quantità di sangue stravasato e la permeabilità dei tessuti le parti alterate sono piccole o grandi, circoscritte o diffuse, rotondeggianti o irregolari e presentano altre particolarità. Il processo è definito e in generale non è accompagnato da infiammazione o da notevoli sintomi subiettivi; molto spesso comincia all' insaputa dell' infermo. Talvolta sorgono complicazioni, giacchè altre forme di malattia accompagnano le lesioni emorragiche, come nel caso narrato da White e citato sopra. Uscito il sangue dai vasi agisce da corpo estraneo in qualunque parte della pelle si possa trovare, e può andar via soltanto per riassorbimento. Questo processo per lo più è lento e graduale, giacchè il liquido, e più specialmente la sostanza colorante, subiscono varii cangiamenti, come si osserva quanto alle varietà delle tinte, gialla, verde, azzurra e porporina, che di quando in quando assumono le parti nel corso della loro declinazione. Presto o tardi, in poche settimane o mesi, i tessuti ritornano allo stato normale.

**Cura.** — Il piano di cura nella porpora deve essere conforme ai bisogni apparenti del caso. Siccome le cause che producono la malattia spesso sono di diversa natura così sarà più o meno modificata la cura generale. Deve richiamare una speciale attenzione la



dieta; i cibi più nutritivi, variandoli quanto più è possibile, sono da ricercare a preferenza. Se l'emorragia è estesa è importantissimo il riposo in posizione orizzontale.

Nella porpora semplice l'ergotina, i preparati di ferro, la chinina e gli acidi minerali, nonchè le frizioni e i bagni freddi sono tutti benefici. Nella porpora reumatica bisogna badare regolarmente all'igiene e alla dieta; l'aria fresca, il cangiamento di occupazione, i migliori cibi, inclusi gli stimolanti e la birra, e la regolarizzazione delle funzioni importanti dell'organismo si debbono prescrivere secondo che richiedono i casi individuali.

La porpora emorragica, per lo più malattia allarmante e talvolta grave o mortale, dev'essere subito curata. All'infermo bisogna ingiungere il riposo a letto. L'ergotina, la chinina, il ferro e gli acidi minerali, come nelle altre varietà di porpora, sono i rimedii più efficaci. Sono riferiti casi da *Lane* (1), *Minich* (2) e da *Armaingaud* (3), in cui le iniezioni ipodermiche di ergotina subito domarono la malattia. L'olio di trementina e gli astringenti, come l'acetato di piombo con l'oppio, sono anche rimedii che godono riputazione. L'elettricità è stata usata con successo quando altri rimedii non sono riusciti, come nel caso riferito da *Shand* (4).

La cura esterna deve consistere nelle abluzioni contenenti astringenti, come allume, acido tannico, aceto, ecc. Il ghiaccio applicato spesso sulle parti è forse uno dei migliori rimedii locali. I clisteri di acqua ghiacciata sono anche utili quando vi è emorragia intestinale.

**Prognosi.** — Questa varia non solo secondo la varietà della malattia ma anche secondo il caso. Nella porpora semplice la prognosi è sempre favorevole quanto alla guarigione definitiva, comechè il ripristinamento della salute possa essere lento. La stessa cosa si può dire della porpora reumatica, quantunque questa forma possa essere ostinata e prolungarsi indefinitamente per frequenti recidive. Nella porpora emorragica la prognosi dev'essere sempre riservatissima, giacchè la malattia è grave; è impossibile predire quale sarà il corso che avrà.

**EMATIDROSI.** — Questa malattia, conosciuta anche coi nomi di emidrosi, di efidrosi cruenta e di sudore sanguigno consiste nell'apparizione sullo sbocco dei dotti escretori delle glandole sudoripare di un liquido rossastro contenente sangue. Ordinariamente è in piccola quantità e circoscritta, e gocciola alla superficie cutanea senza dare origine a nessuna lesione dell'epidermide. Si deve considerare come un'emorragia cutanea che ha luogo nelle glandole sudoripare e si mostra attraverso i dotti del sudore. È un'alterazione molto rara. *Hart* (5) ne riferisce un caso importantissimo; altri casi sono riferiti da *McCall Anderson* (6). Talvolta sono

(1) *British Medical Journal*, Sept. 5, 1874.

(2) *Philadelphia Medical Times*, May 8, 1875.

(3) *Le Mouvement Médical*, 1878, p. 552.

(4) *Lancet*, July 19, 1879.

(5) *Richmond and Louisville Med. Jour.*, Jan. 1875, p. 98.

(6) *Journal of Cutaneous Medicine*, Oct. 1867; e *Lectures on Clin. Med.*, London, 1877.

stati indicati come ematidrosi casi di cromidrosi e viceversa, ma nella malattia di cui ci occupiamo il liquido versato contiene sangue o è composto in gran parte di sangue, ciò che non si osserva nella cromidrosi. La malattia è stata osservata frequentissimamente nelle giovani donne con mestruazione imperfetta. Le cause che possono provocarla sono le emozioni e le insolite tensioni nervose. La cura è identica a quella della porpora.

Sotto il nome di ESCORIAZIONI NEUROTICHE, E r a s m o W i l s o n (1) ha descritto un certo numero di casi che possono, secondo me, ritenersi come casi di ematidrosi irregolare. Essi, osservati nelle giovani donne e negli adulti di entrambi i sessi e dipendenti da debolezza funzionale generale, sono caratterizzati da lesioni di varia grandezza e forma, piccole o estese, superficialmente escoriate, precedute ordinariamente da maggiore o minor grado di prurito. Le lesioni primarie variano ma per lo più sono eritematose, papulose o bollose, accompagnate in generale da bruciore, formicolio o prurito. Un'escoriazione risulta dal grattamento con o senza uscita di sangue che può rimanere aperta o guarire nel corso di un periodo di tempo variabile. Il processo ordinariamente si ripete e può divenire cronico.

A questo proposito possiamo descrivere brevemente i casi di così dette STIMATE SANGUINANTI, di cui di quando in quando se ne è riferito qualcuno. La malattia, senza dubbio, è una forma di ematidrosi, talvolta preceduta dalla formazione di bolle, e ordinariamente associata ad isterismo e sintomi di estasi, come nel ben noto caso di Louise Lateau, che servì di studio a W a r l o m o n t (2) e a L e f e b v r e (3). La sanguinazione può avvenire da uno o da parecchi punti, la cui estensione e forma può variare, ed in varie regioni. Può continuare per un periodo lungo o breve, per lo più di ore, ricorrendo ad intervalli irregolari. La quantità di sangue emessa generalmente è piccola. Nondimeno nel caso di Louise Lateau, in cui le stimate erano numerose, la perdita totale fu valutata in ciascuna volta e a principio, a un litro, nelle susseguenti emorragie si dice che sia stata molto minore. Un esempio simile è riferito da B a h i a (4), intitolato la « Stigmatisée de Bahia », nel quale d'altronde mancavano le estasi speciali di Louise Lateau.

(1) Lectures on Dermatology. London, 1875, p. 192.

(2) Louise Lateau: Rapport Médical. Paris et Bruxelles, 1875.

(3) Louise Lateau, de Bois d'Haine; sa vie, ses ecstases, ses stigmates. Louvain, 1873.

(4) Le Mouvement Médical, No. 1, 1877.

## CLASSE V.

## HYPERTROPHIAE—IPERTROFIE.

Un certo numero di malattie naturalmente entra in questo gruppo. Esse sono caratterizzate da un aumento degli elementi dei tessuti normali della pelle. I vari elementi che la costituiscono sono tutti soggetti a ipertrofia, e il processo o si limita ad un tessuto o ne attacca parecchi o tutti simultaneamente. Le malattie possono aver sede esclusivamente nell'epidermide, come nel cloasma e nella callosità, o possono passionare l'epidermide e lo strato papillare, come nell'ittiosi e nella verruca. In altri casi la sede principale del processo è il derma, come per esempio nella elefantiasi. I peli e le unghie sono anche attaccati.

Le ipertrofie, tranne parecchie eccezioni, sono caratterizzate dalla mancanza di sintomi flogistici. Nella maggior parte dei casi non danno origine a nessun grave inconveniente, ed allora non sono che leggere deformità. Il loro corso è lento, possono continuare per anni o per tutta la vita. Sono congenite o acquisite; la maggior parte acquisite. I loro quadri nosologici sono stati già esposti a proposito della patologia generale della pelle.

## LENTIGGINE.

*Syn. Ingl.*, Freckle; *Ted.*, Sommersprosse; *Fr.*, Lentigo.

La lentiggine consiste in un deposito pigmentario caratterizzato da macchie di forma irregolare, quanto una testa di spillo o un pisello, giallastre o brunastre, e si presentano per la maggior parte sulla faccia e sul dorso delle mani.

**Sintomi.** — La malattia varia estremamente per il grado del suo sviluppo. Talvolta le lesioni sono poche e disseminate, mentre, in altri casi, e ordinariamente, sono numerose. Per lo più sono piccole e la loro grandezza varia da quella di una testa di spillo a quella di mezzo pisello, e sono rotondeggianti, irregolarmente conformate o angolose. Esse sono o isolate, nel qual caso la loro estensione è notevole, o aggregate e tendono a confluire; non assumono una distribuzione regolare, ma si mostrano simmetricamente. Il loro colore varia dal giallo pallido al bruno giallastro o al nero. Quando sono molto numerose possono dare alla pelle un aspetto sporco. La loro sede comune è la faccia, massime le guance; si presentano anche molto frequentemente sul dorso delle mani e delle avambraccia. Altre regioni possono esserne attaccate. Non vi ha prurito né altri sintomi subiettivi.

Individui di qualunque età, dalla fanciullezza alla vecchiezza, vi possono andar soggetti. Pertanto non si osservano nei bambini molto teneri, di raro prima del 3° anno. Sono comuni ad ambo i sessi. Per lo più si manifestano in quelli che hanno un colorito chiaro, ed infatti di raro mancano negli individui con capelli rossi. Si osservano però pure in coloro che hanno pelle scura. I mulatti spesso le presentano evidenti. Il loro corso è cronico, giacchè durano per anni o per tutta la vita. Per lo più si presentano nella stagione estiva, talvolta repentinamente, e continuando per tutto il



tempo caldo, non finiscono se non giunge il freddo per ripresentarsi nella stagione estiva susseguente. A misura che un individuo si avvanza negli anni possono sparire o rimanere permanentemente. Le lentiggini di colore nero brunastro o nerastro molto forte si osservano come uno dei sintomi in certe rare forme di atrofia della pelle complicate da telangiectasie, come nei casi riferiti da Hebra e Kaposi, da Taylor e da me. (Veggasi atrofia della cute).

**Etiologia.** — È noto che sono sempre più evidenti durante la state e soprattutto dopo aver subito l'influenza dei raggi solari; ma Hebra ha richiamato specialmente l'attenzione sul fatto che talvolta si mostrano sovra parti del corpo che raramente, se non mai, sono esposte alla luce o al sole, per esempio il dorso, le natiche, e il pene (1). Si può dunque affermare che altre cause, come nel caso della rara forma di atrofia della pelle sopra riferito, possono dare origine alla malattia. Il sole nella maggior parte dei casi, però, si può considerare come la causa principale.

**Patologia.** — Anatomicamente la lentiggine consiste in un circoscritto aumento della quantità normale del pigmento. Differisce dal cloasma soltanto per la forma speciale e per la grandezza della lesione.

**Cura.** — I rimedii che si adoperano per allontanare queste macchie sono identici a quelli che si adoperano nella cura del cloasma di cui ora discorreremo.

## CLOASMA

Il cloasma è una malattia pigmentaria, consistente in lesioni di varia grandezza e forma, più o meno definite, levigate, o, in un cambiamento di colore, giallastro, brunastro, nerastro, che ha luogo comunemente sulla faccia.

**Sintomi.** — La superficie cutanea è inalterata quanto a struttura, giacchè la malattia non è che un'alterazione di colore. I punti alterati possono essere di qualunque grandezza, da quella di una moneta a quella della mano o più; possono parimenti essere di qualunque forma, ma ordinariamente sono rotondeggianti o ovali e, per lo più, presentano una linea di confine abbastanza evidente. Il loro colore è giallastro, brunastro o sporco scuro e può anch'essere nerastro (MELASMA, MELANODERMA (2)). Il cloasma si può anche presentare su tutta la superficie cutanea in forma di un'alterazione generale di colore la cui tinta è variabile; ciò si osserva talvolta nel corso di certe malattie degli organi interni.

Il cloasma può essere *idiopatico* e *sintomatico*. Idiopatiche sono quelle forme di pigmentazione acquistate dietro l'azione di agenti esterni, fra cui possiamo ricordare un continuo e prolungato grattamento, che si fa in certe malattie accompagnate da prurito, come nell'eczema e nella pediculosi. Le sostanze chimiche e varie sostanze medicinali, come ad esempio i senapismi ed i vescicanti producono

(1) Io ho avuto l'opportunità di vedere parecchi casi in cui le lentiggini stavano su queste regioni. Veggasi anche Hebra's Atlas of skin Diseases, Lieferung viii., Tafel v.

(2) Una descrizione delle varie forme di melanoderma si può trovare in un articolo del dottor White, Boston, Med. and Surg. Jour. vol. i, 1878.

anche un più o meno notevole deposito pigmentario. Il calore, massime quello dei raggi solari, è una ben nota causa di queste alterazioni. Quando l'azione di questi agenti è prolungata l'effetto può essere duraturo.

Appartenente al gruppo sintomatico è l'alterazione conosciuta col nome di cloasma uterino, nonchè quelle alterazioni di colore che hanno luogo insieme a certe malattie generali, per esempio la tubercolosi, il cancro e la malaria; in questi ultimi casi la pigmentazione in generale è più diffusa. La pigmentazione della pelle che ha luogo nel morbo di Addison è forse il più bello esempio di questa forma di cloasma. Nei casi tipici di questa malattia il colorito è brunastro con una tinta olivo-verdastra, ed è più o meno generale, quantunque ordinariamente sia in ispecial modo accentuato sulle regioni che hanno una disposizione all'aumento normale del pigmento, come nelle ascelle, nelle areole dei capezzoli e negli organi genitali. I peli possono anche esserne attaccati. La faccia e le mani nonchè le regioni ove si è spiegata la pressione degli abiti mostrano la colorazione più forte. Nell'atrofia senile si trova il cloasma in maggiore o minor grado e nel corso di altre malattie cutanee, come nello scleroderma, nella morfea, nella lepra, nella sifilide e nella pellagra.

**CLOASMA UTERINO.** — Questa varietà consiste nella presenza di una o parecchie isole di deposito pigmentario, per lo più sulla fronte, ma che si osservano anche sovra altre parti della faccia e sul tronco, sui capezzoli e sull'addome. L'alterazione spesso si vede in forma di un'isola, continua od interrotta, ed abbraccia la fronte cominciando ordinariamente sotto la linea ove finiscono i capelli e terminando sulle sopracciglia e stendendosi trasversalmente da una tempia all'altra. L'isola può avere margini distinti o confondersi impercettibilmente con la cute normalmente colorata. Talvolta tutta la faccia è occupata da un'alterazione diffusa di colore che rassomiglia ad una maschera. Il colore varia dal giallo sporco al bruno. Non vi è desquamazione essendo la superficie cutanea sempre liscia. Si osserva dal periodo della pubertà all'età media, ed è cagionata, nella maggior parte dei casi, da cangiamenti fisiologici e patologici che hanno luogo in rapporto coll'utero. La gravidanza e una delle cause comunemente riconosciute. Possono anche cagionare la malattia varii altri disturbi della funzione uterina. Si presenta tanto nelle donne nubili quanto nelle maritate; è però relativamente rara nelle donne nubili, e, in generale, in questi casi è accompagnata a dismenorrea, a clorosi, a anemia o ad isterismo. Nelle donne nubili per lo più si manifesta dai 30 ai 40 anni. Tanto nelle nubili, quanto nelle maritate dopo il periodo critico non ha più luogo.

**Etiologia.** — Le cause che danno origine al cloasma sono molte e molto diverse per la loro natura; esse si devono riguardare in relazione alle rispettive varietà dell'alterazione, le quali sono designate a seconda del punto etiologico culminante. Noi abbiamo già discorso delle cause delle varietà più importanti.

**Patologia.** — La malattia ha la sua sede nello strato mucoso della epidermide. Consiste nell'aumentato deposito del pigmento normale che continua a depositarsi fino a che la causa che l'ha

prodotto è permanente; allontanata questa il pigmento è assorbito e la parte, a gradi a gradi, riprende il suo colore normale.

**Diagnosi.** — Si può confondere con la tigna versicolore a causa della somiglianza di colorito delle lesioni; oltre a questo, però, le due malattie non hanno nulla di comune. Le isole di tigna versicolore ordinariamente sono più numerose di quelle del cloasma, tranne quando si tratta di un'alterazione generale del colorito. La faccia è la sede comune del cloasma; ivi non si manifesta mai la tigna versicolore. I caratteri delle isole sono diversi, e, se si esaminano attentamente, non si possono confondere fra di loro. Quelle del cloasma sono levigate, senza squame e non presentano alterazioni di struttura dello strato corneo dell'epidermide; quelle della tigna versicolore sono più o meno furfuracee, la qual cosa si può subito dimostrare grattando leggermente la pelle coll'ugna del dito. Il cloasma che ha raggiunto una certa grandezza di rado si estende ulteriormente; la tigna versicolore aumenta sensibilmente in generale finchè ha coperto una larga area; il cloasma non è mai accompagnato da sintomi subiettivi; la tigna versicolore spesso è congiunta a prurito.

**Cura.** — A causa dello sfiguramento che la lentiggine e più specialmente il cloasma producono spesso si richiede una cura. L'attenzione si deve dirigere in primo luogo alla causa della malattia, che, nel caso di cloasma, talvolta si può determinare. Rimedii opportuni relativi allo stato dell'infermo saranno allora prescritti e continuati.

Si può ottenere vantaggio dall'uso di agenti esterni che si applicano a scopo di agire direttamente sull'epidermide, e di distruggere l'accumulato pigmento. Fra i vari rimedii che sono stati usati a questo intento possiamo ricordare il cloruro corrosivo di mercurio, l'ammoniuro di mercurio, il sottonitrato di bismuto, il sapone di potassa e lo zolfo coi suoi preparati. Il sublimato corrosivo è il migliore, e si può adoperare nella forma di lavanda coll'acqua, con la emulsione di mandorle o coll'alcool; la sua dose deve variare da 3 a 30 centigrammi per ogni 31 grammi, secondo la sensibilità della pelle, l'estensione della malattia e l'effetto prodotto. Nella maggior parte dei casi saranno abbastanza efficaci 12 centigrammi per ogni 31 grammi. Una lavanda contenente 12 centigrammi di sublimato corrosivo, 1<sup>re</sup>,90 di tintura di benzoine e 31 gr. di emulsione di mandorle rappresenta un buon preparato. Hardy raccomanda la seguente formola:

Pr. Cloruro di mercurio corrosivo centg.	45
Solfato di zinco	gr. 13,30
Acetato di piombo	» 13,30
Acqua	» 112

D. — S. lavanda da applicare mattina e sera.

L'acido acetico solo o unito allo zolfo in forma di pasta è raccomandato da Neumann Bulkley dà la seguente formola:

Pr. Cloruro corrosivo di mercurio centg.	36
Acido acetico allungato	gr. 7
Borace	» 2,40
Acqua di rose	» 112

D. — S. lavanda da applicare due volte al giorno.



Per allontanare presto le lesioni si può usare il seguente metodo raccomandato da Hebra. Per mezzo di compresse sature di una soluzione di centg. 30 di sublimato corrosivo in 31 grammi di acqua o di alcool si fa un' applicazione continua. Dopo applicate le compresse sulla pelle si devono tenere umide coll'aggiunta della soluzione di quando in quando, mantenendole per circa 4 ore, dopo del quale tempo si troverà la pelle come dietro l'applicazione di un vescicante. Si allontanerà il medicamento e si coprirà la parte con polvere di amido, la nuova epidermide che si formerà sarà senza pigmento. Nondimeno il miglioramento può non essere permanente, giacchè, per lo più, l'alterazione ritorna dopo un certo tempo.

Si possono anche usare gli unguenti. La veratrina, da 60 a 120 centg. per ogni 31 grammi si può adoperare, nonchè l'unguento di ammoniuro di mercurio da gr. 3,80 a gr. 7,60 per ogni 31 gr. di unguento semplice. Un unguento composto di 3<sup>re</sup>,80 di ammoniuro di mercurio e di 3<sup>re</sup>,80 di sottonitrato di bismuto per ogni 31 gr. è raccomandato da Neumann e da altri, ma io nella mia pratica non ne ho avuto soddisfacenti risultati.

A proposito del cloasma possiamo ricordare le parecchie alterazioni di colore della pelle dovute al deposito di alcuni pigmenti. Quantunque di diversa natura dànno origine ad alterazioni transitorie o permanenti, secondo la loro causa, le quali rassomigliano talvolta apparentemente al cloasma. Le macchie derivanti dal sangue stravasato come nelle emorragie, dalla sostanza colorante della bile come nella itterizia e dall'uso interno prolungato del nitrato d'argento sono quelle che qui possiamo ricordare.

L'alterazione di colore della pelle che risulta dall'uso interno del nitrato d'argento e che costituisce lo stato di cose conosciuto col nome di ARGIRIA, è una tinta azzurrognola, ardesiaca, bronzina o nerastra, che varia per gradazioni di colore. Ha luogo sulla superficie cutanea in generale ma è più accentuata su quelle parti che ordinariamente sono esposte alla luce come la faccia e le mani. Secondo Riemer (1) e Neumann (2), i quali hanno fatto accurati studii sul proposito, il pigmento in forma di argento ridotto si trova in tutte le parti della pelle tranne sugli epiteli di rivestimento delle glandole e delle cellule dello strato mucoso dell'epidermide. Il più notevole deposito si trova immediatamente sotto questo strato, ed è circoscritto da un margine brusco nerastro. È costituito da minutissimi granuli disposti a gruppi ed in serie. Il deposito ha luogo anche negli organi interni.

Quanto alla cura di questa affezione vari autori hanno suggerito il joduro di potassio, ma io conosco soltanto due casi riferiti dal Dr. L. P. Yandell (3) in cui questo rimedio unito ai bagni di vapori mercuriali è stato seguito da favorevole successo. Gli infermi erano sifilitici e prendevano dosi di 60 centg. a 3<sup>re</sup>,60, tre volte al giorno durante lo spazio di alcuni mesi. In entrambi i casi il

(1) Archiv der Heilkunde, 1875 e 1876.

(2) Lehrbuch der Hautkrankheiten, 5te Auflage, Wien, 1880.

(3) American Practitioner, Sept. 1872.

dileguarsi del coloramento cutaneo fu graduale; in uno rimase una debole traccia; nell'altro la guarigione fu completa.

L'alterazione di colore della cute si osserva anche come conseguenza del tatuaggio. In questo processo la sostanza colorante, ordinariamente cinabro, carbone, polvere da schioppo o indaco, s'introduce nella cute per mezzo di aghi, ed essendo insolubile, resta dove è stata introdotta meccanicamente. Uno dei più notevoli esempi di tatuaggio, in cui tutta la superficie cutanea era occupata da complicate figure e disegni, capitò all'osservazione pochi anni indietro a Vienna (1).

### NÈO PIGMENTARIO.

*Syn., Ingl.* Pigmentary Mole; *Ted.*, Pigmentmal; *Fleckenmal*; *Fr.*, Noeuvus Pigmentaire.

Il nèo pigmentario può consistere semplicemente in un deposito circoscritto di pigmento nella pelle, senza ipertrofia degli elementi connettivali o del sistema pilifero; ovvero, insieme al cresciuto pigmento, vi può essere ipertrofia di tutti i tegumenti cutanei, massime del pelo.

La grandezza e la forma dei nèi variano molto; possono essere piccoli quanto un mezzo pisello o un fagiuolo o grandi in modo da coprire una notevole superficie. La loro forma ordinariamente è rotondeggiante o ovale; possono però avere un perimetro irregolare; sono più o meno fortemente pigmentati, variandone il colore dal giallo al bruno od al nero. Sono schiacciati, allo stesso livello con la cute circostante o più o meno sporgenti. La loro superficie è o molle e levigata, senza cangiamento nella struttura della pelle, e allora si ha il NÈO SPILO, o ineguale e incavata, o scabra e bitorzoluta, e si ha allora il NÈO VERRUCOSO. Talvolta i nèi sembrano tumori grossi, molli, adiposi, di tessuto connettivo, di dimensioni variabili e si chiamano NÈI LIPOMATODI. Vi può essere o no un pelo, frequentemente manca, mentre, in altri casi presenta un rigoglioso sviluppo, e può essere o della natura della lanuggine o di quella dei peli duri. Quando il nèo porta un pelo chiamasi NÈO PELOSO.

I nèi pigmentarii possono essere unici o multipli (2). Si presentano in varie parti del corpo ma principalmente si osservano sul tronco e in ispecial modo sulla faccia, sul collo, sul dorso. Talvolta

(1) Questo caso fu riferito dal Professore Hebra nel suo *Atlas der Hautkrankheiten*, Lieferung viii., Tafel 10, Wien, 1872. Questo individuo si è presentato dopo anche in questa città.

(2) Un notevole esempio di nèi multipli monolaterali pigmentarii distribuiti in forma di strisce o di nèi sparsi, di colore variabile, che occupano il lato sinistro del tronco è riferito dal Dr. Nevins Hyde di Chicago, nel *Chicago Med. Journ. and Exam.* Oct. 1877. Un caso simile è riferito dal Prof. Tommaso De Amicis riguardante una fanciulla, molto bruna, di 17 anni. Tutta la superficie cutanea era coperta di centinaia di nèi pigmentarii, disseminati, brunonerastri, il cui volume variava da quello di una testa di spillo a quello di un fagiuolo, ed alcuni erano provvisti di peli. Sulla palma della mano sinistra ve n'era uno della grandezza di un pezzo di 5 cent. Movimento medico-chirurgico, Napoli 1876, Anno VII, Sperimentale Marzo 1876.

si veggono sul fragitto di ben noti tronchi nervosi. Si osservano in ambo i sessi; possono essere congeniti od acquisiti. I nèi pigmentarii piccoli, schiacciati, lisci, senza pelo, che si osservano ordinariamente sul tronco sono quasi sempre acquisiti durante la vita dell'individuo. Raggiunta una certa grandezza, che di raro oltrepassa quella di un acino di caffè, al quale spesso rassomigliano per forma e colore, non hanno più tendenza a crescere ulteriormente, ma rimangono per lungo tempo senza subire cangiamenti. D'altra parte i nèi più grossi, sporgenti e pelosi sono per lo più tumori congeniti e permanenti. La sostanza colorante, consistente di cellule pigmentarie e di granuli, ha la sua sede nello strato mucoso dell'epidermide e del derma. Possono essere allontanati per mezzo del coltello o coi caustici; quando sono piccoli e schiacciati si possono distruggere con la potassa o coll'etilato di soda.

### CALLOSITÀ.

*Sin.*, Tyloma; Tylosis; Callus; Callosity.

La callosità consiste nell'indurimento, ingrossamento e corneificazione di un tratto cutaneo, la cui grandezza e forma variano; questo tratto cutaneo è di un colore grigiastro o giallastro, non doloroso, e si osserva per lo più sulle mani e sui piedi.

**Sintomi.** — La pelle è divenuta più grossa e presenta una struttura solida, fitta, più o meno circoscritta. Il grado di durezza varia notevolmente, essendo talvolta cornea. Le isole per lo più sono grandi quanto una moneta, possono essere rotondeggianti e si elevano in vario grado sulla pelle circostante. Il loro colore è grigiastro, giallastro o brunastro; ciò pertanto è relativo al grado di confricamento cui è soggetta la parte ed alla occupazione dell'infermo. Le callosità comunemente hanno la loro sede sulla palma delle mani, sulle dita delle mani e dei piedi e sulla pianta dei piedi, e più specialmente sulle parti soggette a pressione. Si osservano frequentemente sulle mani di meccanici e di altri che usano strumenti; i calzalai, i fabbri-ferrai e i falegnami vi vanno in special modo soggetti. Si osservano anche sulle dita dei suonatori di violino e di arpa; sui piedi occupano per lo più le piante, massime il polpastrello dell'alluce e il lato esterno del dito mignolo. Possono rimanere senza alterarsi per lungo tempo o possono subire un'involuzione spontanea dopo che ne è stata allontanata la causa. Il loro sviluppo è sempre graduale. Di quando in quando possono essere accompagnati da infiammazione che talvolta finisce in un ascesso.

**Etiologia.** — La maggior parte dei casi sono prodotti da influenze esterne: talvolta però sembra che si sviluppino indipendentemente da qualunque causa esterna. Ordinariamente dipendono da una continua pressione o confricamento, come nel caso della mano dei meccanici in cui l'azione è prodotta dagli strumenti, o, se si tratta del piede, dipende dal portare scarpe che si adattano male allo stesso o dal camminare molto. Sono più comuni negli uomini che nelle donne e si possono formare in tutte le età, quantunque sieno più frequenti nella età media e nell'avanzata.

**Patologia.** — Il callo è un elemento semplice costituito da nu-



merosi strati di epidermide che si sono accumulati l'uno sull'altro. Secondo Simon (1) una sezione trasversale mostra che è un'ipertrofia soltanto dello strato corneo, mentre lo strato mucoso ed il derma restano normali. Le cellule epidermiche si addensano così fittamente che spesso simulano la sostanza cornea.

**Cura.** — Quando la callosità produce molestia la miglior cosa è di allontanarla per mezzo del bisturi. La parte deve essere ripetutamente rammollita nell'acqua calda e dopo che sarà più o meno rammollita si farà raschiare strati a strati con un bisturi tagliente. In taluni casi un cataplasma servirà a macerare gli strati esterni meglio dell'acqua. La soluzione di potassa caustica in varia dose secondo la parte che si deve attaccare è pure utile; devesi però adoperare con precauzione altrimenti la sua azione potrebbe estendersi e distruggere lo strato papillare. Quando il callo è la conseguenza dell'occupazione di un individuo non è da consigliare la sua estrazione; non di raro cessa dopo un certo tempo la sua produzione e allora sparisce spontaneamente.

### CLAVO.

*Sin.*, Corn; *Ted.*, Leichdorn; *Hühnerauge*; *Fr.*, Cor.

Il clavo è una formazione piccola, circoscritta, ordinariamente schiacciata, situata profondamente, più o meno cornea, dolorosa alla pressione, situata per lo più sulle dita del piede.

Il clavo per lo più presenta l'aspetto generale di una callosità. Esternamente è costituito dalla cute ingrossata. La sua superficie spesso è più o meno liscia e dà la sensazione di un corpo duro corneo. D'altra parte può essere molle ed avere un aspetto simile a quello della verruca. È rotondo e circoscritto e la sua grandezza varia da quella di una testa di spillo a quella di un mezzo piccolo pisello. Alla pressione è doloroso ed è frequentemente accompagnato da sensazioni di stiramento indipendentemente dalla pressione. Se la causa che ha prodotto il clavo continua ad esservi, possono manifestarsi sintomi infiammativi. La sede comune dei clavi è la superficie esterna del dito mignolo del piede. Si trovano anche fra le dita del piede e sulle piante degli stessi. Quando il clavo sta fra due dita del piede è accompagnato da maggiore o minor grado di macerazione e sembra molle come una formazione spugnosa e chiamasi *clavo molle* per distinguerlo dal *clavo duro*. Uno, due o più clavi possono trovarsi contemporaneamente, nel quale caso rendono difficile il camminare o lo stare in piedi.

**Etiologia.** — I clavi sono prodotti o dalla pressione continua o dal confricamento, e, nella maggior parte dei casi si possono attribuire alle scarpe che si adattano male al piede o che sono strette.

**Patologia.** — Il tumore è fatto da uno sviluppo eccessivo e circoscritto di epidermide, della stessa natura di quella che si osserva nella callosità e da una parte centrale o torso. Questo si prolunga profondamente nei tessuti in forma di un cono rovesciato, con la base diretta all'esterno e si presenta alla superficie con un punto rotondo. Esso consiste di un corpo biancastro, opaco, resistente,

(1) Die Hautkrankheiten, Berlin, 1851, p. 29.

tenace, il cui apice poggia sullo strato papillare del derma e composto di cellule epidermiche disposte a lamine concentriche. Vi possono essere uno o più torsi. Il derma sottostante può essere o atrofico o ipertrofico. Il dolore che accompagna i clavi è prodotto dal torso che preme sulla vera pelle, cagionando irritazione dei filamenti nervosi delle papille. Spesso è intermittente.

**Cura.** — Se si allontana la causa la cura è abbastanza semplice. D'altra parte, ove si continuino a portare scarpe mal fatte o persistano ad agire altre cause, si può incontrare molta difficoltà e vi può essere bisogno di molto tempo per togliere il male. Se l'infermo è obbligato a camminare molto il clavo dev'essere protetto da un poco di cimatura o circondato da strette liste adesive. Il piede deve essere frequentemente immerso nell'acqua calda, dopo di che gli strati esterni saranno macerati e si potranno portar via per mezzo di un aguzzo bisturi. Un cataplasma di pane e latte applicato sulla parte con una fasciatura e tenuto tutta la notte generalmente dà molto sollievo. Questa cura ripetuta per parecchie notti successive rammollirà il clavo tanto che nella maggior parte dei casi si potrà estrarre fino dalle radici. Sono raccomandati varii empiastri, di cui la maggior parte consistono di resina, di galbano o di pece, insieme all'acido acetico, a sotto acetato di rame, o cloruro di ammonio, o carbonato di potassa e simili sostanze. Si può anche usare l'empastro diachylon. Il nitrato d'argento, in forma di bacchette solide, si può usare con vantaggio dopo che il clavo è stato abbastanza ammolito e si troverà utile per i clavi molli che trovansi fra le dita del piede. Un rivestimento di collodion elastico si può adoperare nei clavi molli dolorosi. La potassa con acqua od alcool alla dose di 1<sup>ra</sup>,90 o di 3<sup>ra</sup>,80 per 31 grammi si può applicare quando l'epidermide è dura e grossa; l'applicazione dev'essere fatta con cautela ed esclusivamente sulla parte alterata.

### CORNO CUTANEO

*Sin.*, Cornu Humanum; *Ingl.* Cutaneous Horn; Horny Excrescence; Horny Tumor; *Ted.*, Hauthorn; *Fr.*, Production Cornée; Corne de la Peau.

Il corno cutaneo è formato dallo sviluppo di una vera formazione cornea, proveniente dalla pelle, la cui grandezza e forma sono variabili.

**Sintomi.** — Quando l'escrescenza è pienamente sviluppata è un vero corno, poichè differisce poco se pure non differisce affatto da quello che si osserva normalmente negli animali inferiori. È una formazione solida, dura, secca, ed ha una superficie più o meno laminare, aggrinzata, scabra, ineguale. La sua forma ordinariamente è allungata e rotondeggiante o conica; talvolta assume una forma schiacciata quando il tumore non è che poco elevato sulla pelle circostante. La forma dei corni varia; possono essere ad uncino, a spirale e curvi, raramente sono dritti e terminano o a punta o con una estremità ottusa. Il loro colore ordinariamente è grigiastro, ma possono essere anche giallastri o brunastri ed anche nerastri. Raggiungono tutte le grandezze da poche linee a molti pollici e il loro diametro è maggiore alla base che alla estremità libera. Hanno una base concava o schiacciata che posa direttamente sulla pelle, da cui sbucciano bruscamente. I tessuti che circondano le loro basi

possono essere o normali o un poco elevati; talvolta sono circondati da un' areola o da notevole infiammazione, che può essere seguita da suppurazione.

I corni per lo più sono solitarii, talvolta però sono multipli. Böttge (1) descrive due casi, uno in un uomo di 60 anni che aveva sei corni, quattro sul naso e due sulla guancia sinistra. Il secondo caso riguardava una giovinetta di 19 anni, la quale nel secondo anno della vita ebbe una diffusa eruzione che fu seguita da escrescenze simili a verruche. La parte più bassa del corpo, dalla cresta dell'ileo in giù, era tempestata da un gran numero di corni disseminati ed aggruppati di varie grandezze. Essi stavano addensati simmetricamente sulle regioni glutee, vicino all'ombelico vi era un corno alto circa 6 pollici, mentre sul grande labbro destro ve ne era uno appena un poco più corto.

I corni si possono manifestare in qualunque regione della pelle, ma sono più comuni sulla faccia e sul capo. Pick (2) ricorda un caso in cui il tumore sorto da verruche acuminate occupava il pene partendo dal solco lungo tutta la sua circonferenza; era lungo due pollici e circa mezzo pollice grosso. L'infermo aveva 22 anni e il corno non datava che da sei mesi. Dallo stesso autore sono riferiti 9 casi di corni del pene.

Raramente si manifestano prima dei 40 o 50 anni. Sono stati osservati però anche nei giovani. In generale non producono dolore, ma, se sono urtati o disturbati, possono essere accompagnati da considerevole molestia o da dolore alla loro base. Il loro corso è lento, giacchè crescono con variabile rapidità fino a che giungono ad un certo volume; non di rado cedono e cadono lasciando una base aperta ed ulcerata. Quando avviene ciò si possono riprodurre.

**Etiologia.** — Le cause non sono soddisfacentemente determinate; la malattia è rara. Un certo numero dei casi riferiti è stato raccolto da Lebert (3). Wilson (4), Bergh (5), e Damon (6). Un importante caso (con fotografia) è stato riferito da Pancoast (7).

**Patologia.** — Secondo Lebert (8) i corni cutanei sorgono dagli strati più profondi dello strato mucoso dell'epidermide, e consistono in uno sviluppo iperplastico di queste cellule. Siccome questo strato si trova non solo immediatamente sopra le papille del derma ma anche come membrana di rivestimento dei follicoli e delle glandole, si comprende che la malattia può sorgere in questi ultimi elementi con la stessa facilità con cui sorge alla superficie libera dell'epidermide. I preparati microscopici fatti dallo stesso autore presentano sezioni longitudinali costituite da una massa di « piccole colonne,

(1) Deutsche Zeitschrift für Chir., Bd. vi., 1876; e Viertelj. für Derm. und Syph., Heft 1 u. 2, 1877.

(2) Due tavole colorate accompagnano l'articolo. Viertelj für Derm. und Syph., 1875, p. 315.

(3) Ueber Keratose oder die durch Bildung von Hornsubstanz erzeugten Krankheiten und ihre Behandlung. Breslau, 1864.

(4) Medico-Chirurgical Transactions, 1844, vol. xxvii. p. 52.

(5) Archiv für Derm. und Syph., Heft 2, pag. 182, 1873.

(6) Structural Lesions of the Skin. Philadelphia, 1869.

(7) Photographic Review of Medicine and Surgery, vol. i. No. 1, 1870.

(8) Loc. cit., d. 76.



bastoncini o palizzate giacenti molto vicine le une alle altre, e tanto intimamente congiunte da una sostanza unitiva da sembrare fuse in una massa omogenea. Ogni colonna ha un aspetto striato, variegato, e sono ordinariamente costituite da cellule epidermiche disposte l'una sull'altra in forma embricata ». Le sezioni trasversali presentano spazii rotondeggianti, stratificati concentricamente, fra i cui strati trovansi cellule epidermiche irregolarmente disposte, le quali si debbono ritenere essere la sostanza unitiva sopracennata nel parlare delle sezioni longitudinali. Le cellule, come si può prevedere, sono per la maggior parte senza nuclei ma appartengono sempre alla varietà epidermica. Tanto Lebert quanto Virchow hanno dimostrato la presenza dei vasi sanguigni alla base dei corni. Il carattere della base cutanea da cui procede l'escrescenza è diverso.

**Cura.** — Dopo che il corno è stato distaccato dalla pelle importa moltissimo di distruggere la base per mezzo di qualche caustico, al quale scopo si può adoperare il cloruro di zinco o la potassa caustica. Se vi è una tendenza alla riproduzione l'operazione deve ripetersi.

## VERRUCA

*Sin., Ing., Wart; Ted., Warze; Fr., Verrue.*

La verruca è una formazione dura o molle, rotonda, schiacciata o acuminata, circoscritta, papillare, di variabile grandezza.

**Sintomi.** — Le verruche si presentano sotto diverse forme le quali richiedono una descrizione distinta.

**VERRUCA COMUNE.** — Questa è l'ordinaria verruca che per lo più si osserva sulle mani. È un'escrescenza piccola, circoscritta, ordinariamente della grandezza e della forma di mezzo pisello e sporgente, con una larga base impiantata sulla pelle. È solida o dura con uno strato esterno corneo. La superficie è levigata o scabra, e disseminata di molte minute sporgenze, — papille ipertrofizzate. Queste possono essere tanto irregolarmente sviluppate da dare alla verruca un aspetto lobulato. Il colore è quello della cute circostante o più scuro; talvolta è giallastro, brunastro o nerastro. Una, parecchie o molte possono osservarsene; esse si possono presentare a gruppi e, per lo più, sono tanto vicine da toccarsi e comprimersi scambievolmente. La loro sede comune sono le mani, massime le dita, ma si possono presentare anche su qualunque altra regione.

**VERRUCA PIANA.** — Questa differisce dalla sopradetta varietà perchè è perfettamente schiacciata e slargata. Per lo più ha la grandezza di un mezzo pisello o dell'unghia di un dito e non è che leggermente sporgente sul livello della pelle circostante. Può essere solitaria o multipla e si osserva più frequentemente sul dorso massime nei vecchi ed allora tendono a divenire brunastre o nerastre (Verruca senile, Cheratosi pigmentaria).

**VERRUCA FILIFORME.** — Questa varietà assume la forma di un'escrescenza piccola, sottile, conica o filiforme, per lo più lunga  $\frac{1}{2}$  di pollice. Le verruche filiformi possono essere uniche o multiple, raramente però sono numerose. Si osservano principalmente sulla faccia, sulle palpebre e sul collo.

**VERRUCA DIGITATA** — In questo caso la formazione, come nella verruca schiacciata, consiste in un'escrescenza appena protuberante, larga, la cui grandezza varia da quella di mezzo pisello a quella di una grossa unghia; è caratterizzata da molte digitazioni provenienti dai suoi margini; queste digitazioni spesso sono molto sviluppate e danno all'escrescenza l'aspetto di un granchio di mare. Ordinariamente si trovano sul capo ove possono essere numerose.

**VERRUCA ACUMINATA** (1). — Questa varietà consiste in uno o più elevazioni acuminate o irregolarmente conformate, ordinariamente tanto agglomerate da formare una massa di vegetazioni più o meno solide. Ciascuna escrescenza varia molto per forma. Esse tendono ad essere acuminate o a fiocco, ma possono anche essere in forma di clava e, in taluni casi, vi sono escrescenze tanto grosse, corte, carnose, da dare alla lesione l'aspetto di un tessuto di granulazione. Possono essere sessili o peduncolate. Il loro colore è rosso o rossastro; talvolta sono rosso-vive, in altri casi porporine, secondo il grado di vascolarità e la regione in cui si trovano. Esse sorgono per la maggior parte sui genitali in ambo i sessi, ma più spesso sul pene e sulle grandi e piccole labbra. Sul pene ordinariamente sbucciano dal ghiande e dalla superficie interna del prepuzio; nella donna generalmente partono dalle superficie interne delle grandi e piccole labbra e dalla vagina. Si osservano anche nell'ano, nella bocca, nelle ascelle, nell'ombelico e nelle dita del piede. Secondo la regione in cui si trovano sono secche o umide. Sui genitali ordinariamente covre la loro superficie una secrezione giallastra puriforme dovuta alla frizione ed alla macerazione, che, per il calore delle parti, rapidamente si decompone producendo una sostanza molto nociva. Le croste costituite dalla secrezione e dal sangue trovansi anche non di raro. L'odore che emana da questo condiloma ordinariamente è di natura penetrante e disgustante accentuata. Possono raggiungere un grande volume; non di raro divengono grossi quanto un uovo di gallina e talvolta quanto il pugno. Secondo la loro distribuzione e disposizione presentano diversi aspetti; sono stati opportunamente paragonati ad un cavolo fiore, ad una cresta di gallo, ad un fungo, ad un lampone e ad altre forme di vegetazione. Il loro sviluppo è rapido; frequentemente raggiungono notevoli grandezze nel corso di poche settimane. Generalmente si presentano come escrescenze lussureggianti che tendono a crescere e a moltiplicarsi; quando non s'interviene dal medico possono raggiungere proporzioni estreme e continuare per un periodo indefinito. Si presentano negli uomini e nelle donne e sono comuni nei giovani.

**Etiologia.** — Le cause che danno origine alle verruche sono oscure. Le varie influenze che sono state indicate popolarmente come causa, di cui la maggior parte sono di natura diversissima, sono, è inutile dirlo, incapaci a produrre la malattia. Le verruche si formano in ambo i sessi e sono più comuni nei giovani che nei vecchi. Esse si osservano spesso nei fanciulli.

(1) Chiamata anche verruca a punta, verruca umida, verruca a fico, condiloma acuminato, escrescenza a cavolo-fiore, verruca elevata, verruca venerea; *Ted.*, Spitze Condylom; *Fr.*, Végétation Dermique.

Quanto alla varietà acuminata, o condilomi acuminati, si sa che sono prodotti da secrezioni irritanti di una malattia venerea, soprattutto dalla gonorrea; ma non sono mai una manifestazione della sifilide costituzionale. Il sifiloderma vegetante non deve essere confuso con questa specie di escrescenze.

**Patologia.** — L'anatomia delle verruche differisce alquanto secondo la loro varietà, ma in tutte le forme vi è come base uno sviluppo di tessuto connettivo, da cui ha origine un'ipertrofia papillare. L'interno della formazione è sempre fornito di una o più anse vascolari che mantengono la vitalità dell'escrescenza. Nella verruca comune semisferica le papille s'ingrossano e si allungano molto e sono coperte da uno strato ipertrofico di epidermide, che dà un aspetto esterno duro o corneo.

Le verruche a punta o condilomi sono vascolarissime e costituite principalmente da elementi di tessuto connettivo che formano una massa di consistenza solida. Le papille sono enormemente ipertrofiche e coperte da un diffuso ed esuberante strato mucoso, le cui cellule sono molto sviluppate. Lo strato corneo raramente si forma così esteso, ma varia secondo la località nella quale la vegetazione si trova.

**Cura.** — L'escisione per mezzo del bisturi o delle forbici in molti casi produce i migliori risultati, e l'operazione, quanto alla maniera di tagliare, varia un poco, secondo la forma della verruca che si ha dinanzi. Molte delle più piccole formazioni si asportano meglio con un paio di forbici curve, e poi se ne toccano le basi col nitrato d'argento solido. Il cucchiajo dermico o raschiatojo si può anche adoperare. La legatura e il filo galvano-caustico si possono usare con vantaggio quando la vegetazione può dar luogo ad emorragia, come nei casi di verruche acuminatae sui genitali. Queste possono essere curate con successo, lavando le parti con liquore di soda clorurato e covrendole poscia con polvere di calomelano; o coll'acido nitrico o coll'acido cromico. L'acido carbolico agisce anche bene. Si può parimente usare una polvere composta di parti uguali di allume bruciato e di sabina polverata,

Le verruche comuni si possono inoltre curare bene con l'applicazione di varj caustici, fra cui possiamo ricordare la potassa, il nitrato acido di mercurio, il cloruro di zinco, l'acido nitrico, l'acido cromico, l'acido idroclorico e l'acido acetico. I più utili sono la potassa caustica, il nitrato d'argento e l'acido cromico in soluzione; può essere necessaria un'applicazione ripetuta dei due ultimi. Possiamo anche ricordare la tintura di cloruro di ferro. Nello scegliere un rimedio fa d'uopo badare alla varietà ed al volume della escrescenza, nonchè al sito in cui trovasi. La forza della soluzione deve essere regolata secondo la natura e il rivestimento esterno della verruca. Nell'applicare le sostanze liquide bisogna premunirsi di quelle cautele che servono a difendere l'adiacente cute sana; uno strato di cera molle applicato immediatamente intorno alla verruca impedirà che il caustico attacchi la pelle normale. Nel caso di verruche multiple schiacciate si può adoperare con buon risultato lo zolfo precipitato, ridotto in pasta (nel momento di adoperarlo) coll'acido acetico glaciale e colla glicerina a parti eguali.



**Prognosi.** — Questa è favorevole. Quando le verruche sono molte o di gran volume è bene non farne l'asportazione completa in una sola volta. Bisogna temere l'emorragia.

**PAPILLOMI.** — Con questo nome si possono indicare quei casi che sono stati descritti con varie denominazioni da Beigel (1), da Bergh (2), da Roser (3) e da Weil (4). Il vero papilloma della pelle e di cui si può prendere come esempio il caso di Weil, è una formazione o tumore infiammatorio, di volume variabile, costituito da un'escrescenza molto simile a quella della verruca acuminata o del condiloma. È un'escrescenza schiacciata o protuberante, a cavolo fiore, di carattere infiammatorio, rossastra o azzurrognola, che presenta una grande ipertrofia delle papille. Vi possono essere ragadi e seni i quali segregano un liquido giallastro puriforme. Il corso del tumore ordinariamente è rapido, come nel caso della verruca acuminata. La formazione può apparire sopra qualunque regione del corpo ed in qualunque epoca della vita, è di natura benigna e non è prodotta dalla sifilide.

Qui possiamo ricordare una forma speciale di malattia descritta da Kaposi (5), che egli indica col nome di: « dermatitis papillaris capillitii ». È caratterizzata da papule grosse quanto una testa di spillo, discrete o confluenti, le quali si trasformano in isole simili a cicatrici, su cui i capelli sembrano attaccati in forma di cuffia, mentre in altri punti vi è calvizie. I capelli si estraggono con difficoltà o si rompono e si presentano attorcigliati e atrofici. La malattia comincia ordinariamente all'orlo del cranio dietro al collo e si estende all'occipite, ove si formano generalmente vegetazioni elevate, papillomatose, segreganti e sanguinanti, coperte di croste, di cattivo odore. Kaposi ritiene questo processo infiammatorio idiopatico, senza rapporti con la sifilide.

### ITTIOSI.

*Sin.*, Xeroderma; Xeroderma Ichthyoides Vera; Ichthyosis Congenita; *Ing.*, Fish-skin Disease; *Ted.*, Fischeschuppenausschlag; *Fr.*, Ichthyose.

L'ittiosi è una malattia congenita cronica, ipertrofica, che per lo più attacca tutta la superficie cutanea, caratterizzata da secchezza, durezza o stato squamoso della pelle e da un grado variabile di escrescenza papillare.

**Sintomi.** — Si osservano due varietà della malattia, chiamate ittiosi semplice ed ittiosi istrice. Possono manifestarsi l'una indipendentemente dall'altra o al tempo stesso. La malattia varia estremamente quanto al suo grado di sviluppo. In un individuo non costituisce che un leggero incomodo, in un altro è tanto accentuata da essere origine di grande molestia e di grave deformità.

(1) Papilloma Area-Elevatum. Virchow's Archiv, Bd. xlv. Heft. 3 u. 4, 1869. Riportato nell'Amer. Jour. of Syph. and Derm., vol. i. p. 82, 1870.

(2) Pessenna. Archiv für Derm. und Syph., Heft 4. p. 578, 1870. Riportato nel Phila. Med. Times, vol. ii. p. 247, 1871-2.

(3) Das entzündliche Hautpapillom. Archiv der Heilkunde, 1866, p. 87.

(4) Das entzündliche Hautpapillom. Vierteljahresschrift für Derm. und Syph., Erstes Heft, p. 37, 1874. (Con cromolitografie).

(5) Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. Wien, 1880.

**ITTIOSI SEMPLICE.** — Questa è la varietà che si osserva comunemente. Quando vi è soltanto secchezza e durezza della pelle, con maggiore o minore desquamazione furfuracea, ma senza formazione di squame simili a lamine, s'indica la malattia col nome di **XERODERMA**; questo costituisce il meno accentuato e più mite tipo della lesione. Come s'incontra comunemente, però, consiste in uno stato alterato della pelle, caratterizzato da durezza e secchezza di tutta la sua superficie, accompagnato dalla produzione di squame di varia grandezza e forma e reticolate. Esse sono o piccole, sottili e furfuracee come crusca, o larghe e grosse, somiglianti a squame di pesce, e sono modellate sulle linee e pieghe normali della parte ove si trovano. Sulle estremità ordinariamente costituiscono lamine di forma romboidale o poligonale, separate l'una dalle altre da pieghe o linee, le quali giungono fino alla pelle normale (1). Il grado di formazione delle squame dipende dall'età dell'infermo, dalla gravità del morbo e dalla cura esterna, per esempio i bagni a cui la pelle è stata assoggettata. Se di quando in quando non si allontanano le squame si accumulano in forma di lamine di notevole grossezza. Il loro colore ordinariamente è biancastro, grigiastro o giallastro, e molto spesso hanno un aspetto argentino luccicante o brillante; in altri casi hanno una tinta più o meno giallastra verde oliva, mentre, più raramente, il loro colore è verde oliva scuro o nerastro. Anche in quei casi in cui la malattia non è che leggermente sviluppata la pelle ordinariamente ha una tinta sporca, giallastra, come se non fosse stata lavata di recente.

**ITTIOSI ISTRICE.** — Questa varietà differisce molto quanto al grado del suo sviluppo; può esistere in forma di una o più isole circoscritte, o come una malattia diffusa che attacca la maggior parte della superficie cutanea inegualmente. È caratterizzata da isole di grandezza e forma irregolare, mal definite scabre, dure, giallastre, brunastre o verdastre, costituite da papille enormemente ipertrofizzate, più o meno cornee. Queste isole o aree di malattia possono trovarsi in qualunque parte del corpo. Io le ho viste sulle braccia in forma di tratti solidi verrucosi; sul dorso in forme allungate lineari; nel cavo delle ascelle, intorno al collo, intorno all'ombelico e sopra altre regioni possono essere contemporaneamente sede della malattia nello stesso infermo; in altri casi le lesioni mostransi soltanto in una sola regione, per esempio sul braccio o sul dorso. Per lo più hanno una forma irregolare i cui contorni si modellano su quelli della parte ove si trovano. Talvolta si notano lungo tragitti nervosi; possono costituire escrescenze scabre, corrugate, papillari, o formazioni ineguali, cornee, ottuse o puntute, spinose, verrucose. In quest'ultimo caso le elevazioni possono raggiungere parecchie linee, ed anche più, e sporgere dalla pelle come punte sul dorso di un istrice, da cui il nome di ittiosi istrice (2). Come l'ittiosi semplice questa varietà differisce materialmente secondo l'età degli

(1) Ciò si vede bene sulla coscia, nella tavola F del mio *Atlas of Skin Diseases*; veggasi anche Fox's *Photographic Illustrations of Skin Diseases*, Part. II, che rappresenta una forma media della malattia.

(2) La figura di un caso accentuatissimo si può vedere nel Hebra's *Atlas of Skin Diseases*, Lieferung III. Wien, 1859.

individui in cui si osserva; quanto più vecchio è l'individuo tanto più sviluppata ordinariamente è la malattia. I suoi aspetti divengono più caratteristici coll'inoltrarsi dell'età adulta.

L'ittiosi semplice comunemente attacca tutta la superficie cutanea, più o meno generalmente, comechè si manifesti sempre più accentuata in certe regioni, le quali sono: le estremità inferiori, dalle anche fino alla caviglia del piede; le braccia e le avambraccia; le ginocchia e i gomiti i quali in tutti i casi sono sede di notevoli raggrinzamenti, ingrossamenti, scabrezza e stato squamoso. D'altra parte le piegature dei gomiti e delle ginocchia nonchè delle ascelle e delle anguinaie di rado presentano la malattia. La differenza fra le superficie esterne delle articolazioni e i lati della flessione in generale è sorprendente. Il cranio e la faccia raramente mostrano la malattia in un grado accentuato. Il cranio ed i capelli, però, ordinariamente sono secchi, e gli ultimi sono più o meno duri e fragili. La pelle delle mani e dei piedi è sempre secca e corrugata, e le pieghe naturali sono profonde. Le mani ed i piedi danno una sensazione di secchezza e di raggrinzamento e sono insolitamente fredde. Le piante dei piedi mostrano un ingrossamento dell'epidermide accentuato e talvolta callosità. Sul dorso dei piedi e sulle caviglie talvolta si formano grosse masse di squame, le quali assumono la forma di piccole lamine poligonali, rassomiglianti per aspetto e conformazione alla pelle dell'alligatore. Queste lamine epidermiche sono talvolta scuro verdastre o nerastre (*ichthyosis nigricans*). Un notevole caso di questa specie in una donna giovane capitò sotto la mia osservazione.

L'ittiosi peggiora sempre più nell'inverno che nell'estate. Nella maggior parte dei casi soltanto nell'inverno la malattia dà origine a molestia. Ordinariamente sparisce, più o meno completamente, nella primavera e nell'estate. Anche i casi in cui vi è notevole ipertrofia papillare subiscono una grande influenza e modificazione dal tempo caldo. Gli individui ittiosi non perspirano che leggermente. Una sensibile perspirazione non ha luogo che da certe località, come dalle ascelle, dalla faccia, dalla palma delle mani e dalla pianta dei piedi. L'aumentata attività delle glandole sudoripare nell'estate e l'effetto di questa secrezione sull'epidermide producono i più benefici risultati, liberando l'infermo per un certo tempo quasi completamente dalla sua malattia.

Il corso dell'affezione è essenzialmente cronico. Continua per tutta la vita e la sua gravezza varia secondo le stagioni. I sintomi subiettivi sono di poca importanza; talvolta vi è leggero prurito, e per lo più si manifesta quando la pelle è esposta all'aria, nonchè quando la notte si tolgono le vesti, e può essere molto molesto.

**Etiologia.** — La malattia si deve ritenere come una di quelle che nascono coll'individuo, ma ordinariamente non si manifesta se non dopo il primo o secondo anno della vita. A principio è leggera, ma d'anno in anno si fa più accentuata, finchè si raggiunge l'età adulta in cui cessa di aumentarne l'intensità e resta nello stesso stato per tutta la vita. In alcuni casi è ereditaria ma non in tutti. Spesso se ne presentano alcuni in cui l'uno o l'altro dei genitori ha la stessa malattia; secondo la mia esperienza non di raro si osservano casi nei quali nè il padre, nè la madre, nè alcuno degli avi



mostravano tracce della malattia. In una numerosa famiglia può essere attaccato soltanto un bambino; altre volte più di un individuo può presentare i segni del morbo. I genitori dei bambini ittiosi sono ordinariamente sani e senza vizii costituzionali. Gli stessi individui ammalati d'ittiosi comunemente si trovano nel migliore stato di salute generale; perciò la malattia si deve ritenere come una semplice deformità, etiologicamente simile al nèo, all'albinismo e ad altri difetti simili di struttura. Si manifesta in ambo i sessi; è comune a tutte le razze e trovasi in tutte le sfere sociali. Secondo le statistiche dell' *American Dermatological Association*, soltanto 36 casi se ne osservarono sopra 16863 di malattie cutanee, ma io credo che la malattia sia più comune di quello che indicano queste cifre.

**Patologia.**—I cangiamenti che stanno nella pelle ittiosa differiscono materialmente secondo che si tratta dell'una o dell'altra forma di malattia. Così una leggera ittiosi — xeroderma — ha un quadro totalmente diverso da quello dell'ittiosi istrice, che è più grave. Si può dire però che la malattia consista in un'esagerata proliferazione delle cellule epidermiche, con una maggiore o minore ipertrofia delle papille del derma. In una sezione d'ittiosi di sviluppo comune si trova lo strato corneo enormemente più grosso, molto secco e giallastro. Le papille sono più lunghe del normale e sono infiltrate di cellule, i vasi sono anche dilatati. Kohn (1) in un caso tipico d'ittiosi istrice trovò che la malattia cominciava nello strato vascolare del derma. Le papille erano conicamente allungate e slargate alla loro base a causa di una formazione di un nuovo tessuto connettivo. Gli strati mucoso e corneo erano molto cresciuti e si trovarono fatti di parecchie lamine.

**Diagnosi.** — Gli aspetti della malattia sono così speciali che si incontra poca difficoltà a farne la diagnosi. La pelle dura, secca, corrugata, l'epidermide ipertrofica, le papille ingrossate, le squame sottili giallastre, le pieghe e le linee profonde, massime nelle articolazioni, la diffusa distribuzione della malattia e le regioni specialmente attaccate, tutti indicano l'ittiosi e soltanto questo morbo. Quando si tratta di adulti, oltre questi sintomi obbiettivi, coadiuverà la diagnosi l'anamnesi. Si distingue dalle alterazioni infiammatorie che tendono a finire con la desquamazione per la mancanza di qualunque notizia di flogosi precedente.

**Cura.** — La cura esterna è la sola utile. Varii rimedii interni, inclusi il ferro, l'arsenico, l'olio di fegato di merluzzo e il joduro di potassio, sono stati usati di quando in quando ma senza beneficio. I mezzi topici però spiegano una favorevole influenza sulla malattia, ed oggi costituiscono il metodo da opporre a questa molesta affezione. Dei diversi rimedii bisogna ricordare in primo luogo l'acqua come uno dei più efficaci, in forma di bagni semplici o medicati. La sua azione sulla pelle è meccanica, poichè macera le masse accumulate di sostanza epiteliale e lascia allo scoperto i giovani strati di epidermide, che, comparativamente, sono molli e cedevoli. Il miglioramento così ottenuto è temporaneo, ma, nondimeno, dà all'infermo calma e conforto per un certo tempo, e, quando

(1) Archiv für Derm. und Syph.; Hef. 3, p. 418, 1869.

vi si persiste, può modificar tanto la pelle da ritardare l'ipertrofia. Si può dunque asserire che, in generale, quanto più frequentemente si bagna l'ittiotico e quanto più a lungo può restare nell'acqua, tanto meno si mostra la deformità. Sono specialmente utili i bagni di vapore; anche i bagni alcalini contenenti da 62 gr. a 248 gr. di bicarbonato di soda per bagno. In alcuni casi però non si migliora coi bagni alcalini, ed allora si può fare la cura col sapone, di cui parleremo, e con miglior risultato.

Il sapone, massime il sapone molle, è un rimedio prezioso, che si può usare o nel bagno o solo, come un risolutivo, ed allora si può applicare colle seguenti norme. Due volte al giorno se ne stropiccia una sufficiente quantità sulla pelle per 4 o 6 giorni, durante il quale periodo l'infermo non si dee bagnare. Il primo bagno si deve prendere quattro o cinque giorni dopo l'ultima strofinazione, quando, infatti, l'epidermide ha cominciato a desquamarsi. Dopo si fa un'unzione di unguento semplice per impedire lo screpolamento della nuova pelle. A questo scopo si troveranno utilissimi l'olio di mandorle dolci, l'olio di ulive, l'unguento semplice benzoato, la glicerina pura o allungata coll'acqua e l'unguento di petrolio.

Io ho trovato utile la seguente formola:

Pr. Adipe benzoato	gr. 31
Glicerina	» 10
Unguento di petrolio	» 15,5

M. F. ung.

S. si applichi ogni giorno dopo una lavanda o un bagno.

Il joduro di potassio nella forma di unguento è anche utile. Io l'ho usato con vantaggio in alcuni casi alla dose di 30 centig. a 60 centig. per 31 gr. Milton raccomanda molto la seguente formola:

Pr. Joduro di potassio	gr. 1,2
Olio di bubulo	
Adipe	
ana	» 15,5
Glicerina	» 3,5

M. F. ung.

Per la cura dell'ittiosi istrice, oltre al metodo generale sopra-detto, sarà necessario adoperare applicazioni caustiche, o anche il bistori qualche volta, per allontanare le masse cornee.

**Prognosi.** — Questa è sfavorevole quanto alla guarigione permanente. Per altro si può far molto ad alleviare lo stato dell'infermo con un'adatta cura esterna. Ma la mia esperienza m'insegna che, in questo caso, finisce il valore degli agenti terapeutici. La deformità, poichè tale si deve ritenere, resta per tutta la vita, giacchè il suo corso non cangia che poco o non cangia affatto dopo raggiunta l'età adulta. All'infermo bisogna sempre dire chiaramente qual'è la natura della malattia.

## CHERATOSI PILARE.

*Sin.*, Lichen Pilaris; Pityriasis Pilaris.

La cheratosi pilare è una malattia ipertrofica caratterizzata dalla formazione di protuberanze epidermiche quanto una testa di spillo, coniche e biancastre, situate nell'apertura dei follicoli piliferi.

**Sintomi.** — La malattia consiste essenzialmente in una accumulazione di epidermide nelle aperture dei follicoli piliferi. Le cellule epiteliali si raccolgono e si ammucchiano intorno ai peli formando elevazioni o papule più o meno coniche. Le lesioni sono quanto una testa di spillo e sono costituite da elementi epiteliali e da sostanza sebacea, contenenti nel loro centro un pelo contorto o attorcigliato. Ciascuna elevazione è forata da un pelo, intorno al quale l'accumulazione dell'epidermide ha luogo concentricamente in forma di lamine. I peli sono o contenuti nella formazione ed allora non si vedono, o protrudono dall'apice; spesso sono rotti rasente alla superficie cutanea e costituiscono nella papula un punto nero centrale. Le elevazioni sono biancastre, grigiastre o nerastre, e stanno sulla pelle che è normalmente colorata o leggermente rossastra; passando la mano sulla superficie si possono sentire subito le elevazioni come scabrosità minute, acuminatae.

La sede ordinaria della malattia sono le estremità e più specialmente la superficie dell'estensione. Per lo più si osserva sulle cosce, sulle braccia e sulle avambraccia, ma si vede anche sul tronco. Si manifesta per lo più in coloro i quali hanno l'abitudine di non lavarsi. Io però l'ho anche osservata in quelli che abusano dei lavacri. La sua estensione ed il suo sviluppo variano; spesso è una alterazione tanto leggera da sfuggire quasi all'osservazione. In generale non è accompagnata da prurito; il suo corso è cronico.

**Diagnosi.** — La cheratesi pilare si deve distinguere dalla cute anserina (pelle d'oca) alla quale può rassomigliare, giacchè le sue lesioni sono permanenti. Nella pelle d'oca l'alterazione è acuta e finisce col finire della causa eccitante, per esempio il freddo o lo eccitamento nervoso. La malattia si può anche confondere col sifiloderma miliare papuloso nel periodo desquamativo, col quale non di raro ha una grande somiglianza. Nel sifiloderma, però, le lesioni si aggruppano e sono più solide, più profonde e di struttura meno squamosa. La malattia si deve anche distinguere dal lichen scrofoloso, in cui le papule sono più resistenti e meno squamose e inoltre tendono a raggrupparsi.

**Cura.** — La cura consiste nei bagni d'acqua o di vapore con largo uso di sapone verde o altro sapone forte; i bagni alcalini sono anche utili. Nei casi ostinati i preparati oleosi e grassi, come ad esempio la glicerina e gli unguenti di petrolio si possono pure usare con beneficio come nella ittiosi.



## SCLERODERMA.

*Sin.*, Sclerema; Scleriasis; Scleroma Adulorum; Sclerostenosis; Cutis Tensa Chronica; Dermatosclerosis; Chorionitis; *Ted.*, Hautsclerem; *Fr.*, Sclérème des Adultes; Sclérodermie.

Lo scleroderma è una malattia acuta o cronica, caratterizzata da uno stato di alterazione della pelle, diffuso, più o meno pigmentato, rigido, in cui essa è solidamente allacciata ai tessuti sottostanti.

La malattia fu descritta la prima volta da Alibert (1) col nome di « Sclérémie des Adultes ». Più tardi Thirial (2) ricordò 2 casi che si possono ritenere come tipici di questa malattia. Possiamo anche ricordare come casi illustrativi dello scleroderma, per contraddirli dalla morfea, quelli di Henke (3), Bouchu (4), Rilliet (5), Gillet (6), Forget (7), O'Donnell (8), Fagge (9), Kaposi (10), Piffard (11), Van Harlingen (12), White (13), Crocker (14) e Madar (15). Tutti questi presentano sintomi simili, e senza dubbio denotano lo stesso processo. Fra i casi più recenti quello riferito dal Dr. Van Harlingen (che fu anche osservato da me) si può ritenere come un esempio tipico della malattia, la quale si può descrivere nella maniera seguente. Comincia con un intirizzimento od un indurimento più o meno accentuato della pelle, che aumenta con rapidità a gradi finchè la parte attaccata diviene nella maggior parte dei casi evidentemente sclerosata. In generale il processo comincia senza che lo infermo se ne accorga, senza disturbi dell'organismo, senza calore, dolore, gonfiore o apparente alterazione della pelle, giacchè il primo sintomo che si nota è una sensazione di intirizzimento o di rigidità della stessa. In altri casi la malattia è preceduta da brividi, da febbre, da edema e da una sensazione di torpore o di formicolio nella parte. Altre volte la pigmentazione è il primo sintomo osser-

(1) Nosologie Naturelle, tome i. p. 498, Paris, 1817.

(2) Du Sclérème chez les Adultes. Gaz. Méd. de Paris, 1845, p. 523. Dal Jour. de Méd. Veggasi anche Union Méd., 1847, p. 422.

(3) Handbuch zur Erkenntniss und Heilung der Kinderkrankheiten, 1809.

(4) Gaz. Méd. de Paris, 1847, p. 771.

(5) Rev. Méd.-Chir., 1848, p. 79; e Traité Clin. et Prat. des Maladies des Enfants. Rilliet et Barthez, vol. ii. p. 107, 1861.

(6) Du Sclérème Simple. Arch. Gén. de Méd., 1854, p. 657.

(7) Gaz. de Strasbourg, Nro. 6, 1847; e Schmidt's Jahrb., ivi., pp. 184, 185.

(8) Dublin Hospital Gazette, 1855, vol. ii. p. 6; ibid., 1856, vol. iii. p. 296.

(9) Guy's Hospital Reports. 3d Series, vol. xv., 1870, pp. 298, 299. Qui sono riportati due casi, il secondo dei quali, A. B. donna di 63 anni, per la cortesia del Dr. Fagge ho avuto la fortuna di vederlo. La specialità di questo caso consisteva nella presenza innanzi a ciascun gonito di strisce d'ipertrofia papillare, dure, simili a squame, pigmentate, somiglianti all'ittiosi istrice. Alterazioni simili si osservavano sulla nuca del collo e delle ascelle.

(10) Case of Katarina Shira. Diseases of the Skin, Hebra and Kaposi, New Syd. Soc. Trans., London, 1874.

(11) Case of David G. Diseases of Skin, p. 365, New York, 1876.

(12) Amer. Jour. of Syph. and Derm., Oct. 1873.

(13) Cases I. and II. Archives of Dermatology, July, 1875.

(14) Brit. Med. Jour., Dec. 21, 1878.

(15) Viertelj. für Derm. u. Syph., Heft 2, 1878.

vato. Il processo può compiere la sua parabola nel corso di poche settimane o di alcuni mesi.

Quando la malattia è giunta ad uno sviluppo tipico; la pelle è intirizzita, rigida, tesa o immobile e resistente, o anche dura, toccandola sembra che sia fresca, ma l'infermo non ha sensazione di freddo. Può anche essere grossa o coriacea o, in casi più avanzati, può sembrare lignea o pietrificata. La pelle è aderente ai tessuti sottostanti solidamente e non si può fare scorrere sovra essi nè sollevare a pieghe. Talvolta la pelle ed il tessuto connettivo sottocutaneo non solo sono molto aderenti, ma stanno attaccati alle aponevrosi, ai muscoli, alle ossa. La pelle, inoltre, sembra fissa e immobile a causa della sparizione delle grinze e delle linee naturali sulla parte ammalata. Perciò individui di età media o vecchi non di rado sembrano più giovani.

L'infiltrazione si estende insensibilmente alla pelle sana, non essendo circoscritta nè definita da nessuna linea di separazione. È diffusa, giacchè occupa ordinariamente una notevole area della superficie cutanea, come ad esempio il collo, le guancie o il dorso; in altri casi le braccia. Non di raro è più o meno generale. Può anche mostrarsi in forma di isole piccole o grandi, irregolarmente conformate o mal definite, o può, più di raro, presentarsi in forma di fasce strette o larghe, come ad esempio lungo le membra o attraverso le mammelle, nel qual caso la malattia rassomiglia alla morfea. In questi casi la linea di confine fra le due malattie diviene mal definita, giacchè sembra che la morfea sia sopraggiunta allo scleroderma. La superficie alterata in generale non si eleva sul livello della cute circostante nè sta ad un livello più basso; eccezioni a ciò si trovano in caso di edema o di formazioni nastriformi e negli ultimi periodi atrofici della malattia. La superficie cutanea, inoltre, generalmente è uguale e levigata, brillante o velutata; ma talvolta presenta l'epidermide secca in maggiore o minore desquamazione, aggrinzita; in altri casi, per lo più in rapporto con aree circoscritte che si possono vedere quà e là, vi può essere una leggera o diffusa ipertrofia papillare somigliante all'ittiosi. Generalmente vi è pigmentazione che può essere giallastra o brunastra, in forma o di alterazione di colore o di punti o di tratti di forme e grandezze irregolari, che danno un aspetto picchiettato. Talvolta la pelle è più pallida del normale a causa della tensione ed ha un aspetto biancastro o giallastro-cereo. La temperatura è o normale o leggermente diminuita. I sintomi subiettivi non sono costanti. Talvolta vi ha torpore, dolore, formicolio o prurito, mentre talvolta vi sono dolori nevralgici profondi o a forma di granchi, massime negli arti. In tutti i casi vi è una sensazione di contrazione della pelle come se fosse tesa o troppo corta.

La malattia può attaccare qualunque regione, ma si osserva più frequentemente sul collo ove spesso comincia, sulle spalle, sul dorso, sul petto, sulle braccia e sulla faccia. Quando si manifesta sulla faccia si cangia la fisionomia che assume un aspetto senza espressione, immobile, fisso, inanimato, stralunato, ghignante o d'ansia. Quando attacca le mani, le dita divengono semiflesse, rigide od immobili; perciò l'infermo può divenire impotente ad adoperarle. Or-

dinariamente la malattia è simmetrica, giacchè, per lo più, sono attaccati ambo i lati del tronco o ambe le estremità, comechè non sempre nella stessa precisa regione. L'invasione può essere repentina o graduale, quest'ultima però è la più comune. Il corso della malattia è variabile. Può essere acuto, come nei casi di Piffard e di Crocker, o, come avviene ordinariamente, cronico. Possono passare settimane o mesi prima che la sclerosi raggiunga il suo acme, ed allora resta in questo stato per mesi o anni, ovvero subito subisce una spontanea involuzione, ciò che in generale ha luogo molto gradatamente, e la pelle resta normale. D'altra parte sintomi atrofici possono seguire la sclerosi, caratterizzati da un aggrinzamento o contrazione con condensamento dei tessuti, con perdita del grasso sottocutaneo, poichè la pelle sembra attaccata alle ossa. Sopra le articolazioni la pelle può divenire tanto fissa ed immobile da formarsi escoriazioni ed ulceri. Sulla faccia il tegumento può divenire tanto fisso da rendersi impossibile il movimento, ed in un caso ricordato dal Dr. Fagge la malattia era tanto accentuata sulle mascelle e sulla bocca che l'infermo morì per esaurimento e fame, non avendo potuto mangiare.

Lo stato generale ordinariamente è buono, non essendo passionato dalla malattia. In taluni casi si sono avuti reumatismi e dolori nevralgici e talvolta difficoltà della respirazione a causa della immobilità e contrazione della pelle sul torace. Le glandole sudorifere e sebacee sono ordinariamente sane, tranne quando la sclerosi è molto avanzata, nel qual caso possono essere diminuite. Altre malattie cutanee possono manifestarsi sopra una pelle sclerodermica, come ad esempio l'erisipela, l'eczema, l'erpate zoster, il vaiuolo e l'acne. Isole di morfea ed altre manifestazioni più o meno accentuate possono accompagnare la malattia come nei casi di M. riferito da Hutchinson (1) e di Elisabetta Nicholls, ricordato da Fagge (2); e infatti la coesistenza di certi sintomi comuni all'una e all'altra affezione non è rara. Nel caso di Elisabetta Nicholls si trovò anche il vero cheloide.

**Etiologia.** — La causa della malattia è oscurissima; lo studio dei casi riferiti non getta che poca luce sull'argomento. Essa può aver luogo in qualunque periodo della vita ma è più frequente nei primi anni della età adulta e nella età media. S'incontra molto più spesso nelle donne che negli uomini. In un'analisi di 28 casi Van Harlingen cita 20 donne e soltanto 8 uomini. Si è osservato che il reumatismo, soprattutto delle articolazioni, precede in molti casi l'attacco. L'influenza del caldo e del freddo o i bruschi cangiamenti di temperatura sono state le cause più frequentemente riferite. Si è parlato anche delle violenti impressioni del sistema nervoso. Lo stato generale, come si è detto, ordinariamente è buono e spesso resta tale per tutto il corso della malattia. Nei casi in cui è avvenuta la morte questa è stata prodotta da una malattia intercorrente. Lo scleroderma è rarissimo (3).

(1) Lectures on Clinical Surgery, vol. i., Part II., p. 340, London, 1879.

(2) Guy's Hospital Reports, 1867; e Catalogue of New Sydenham Society's Atlas of Skin Diseases, Part. II., London, 1875, riportato da Mr. Hutchinson.

(3) Recentemente hanno riferito casi Arnold, Amer. Jour. of the Med. Sci.,



Le statistiche dell'*American Dermatological Association* non ricordano che 2 casi fra 16863 di malattie cutanee. La mia esperienza si limita a pochi casi.

**Patologia.** — Riguardo alla natura della malattia, al suo posto nella classificazione, e ai suoi rapporti colle altre malattie, massime con la morfea, recentemente si è scritto molto, ma le opinioni degli autori differiscono tanto che oggi poco si può stabilire definitivamente. Da molti dermatologi lo scleroderma e la morfea sono considerati semplicemente come manifestazioni diverse della stessa malattia, conclusione alla quale giunse per il primo Fagge nel 1867 in un eccellente articolo analitico e che è stata adottata da altri in Inghilterra, in Germania ed in questo paese. Il fatto che le due malattie sono intimamente congiunte per natura nonchè per la forma delle loro manifestazioni cutanee; che certi sintomi ordinariamente sono comuni alle due affezioni, e, finalmente, che queste manifestazioni possono aver luogo o simultaneamente o in diversi periodi nel corso della malattia sullo stesso infermo, tutte queste cose non sono da mettere in questione. La difficoltà di decidere circa la differenza o la identità delle due forme di malattia sorge dal fatto che amendue sono capaci di assumere una varietà di forme, e che queste forme presentano aspetti clinici totalmente diversi, secondo che si osservano in uno o in un altro periodo. Ciò è specialmente vero quanto al processo che io ho descritto col nome di morfea, e principalmente per questa ragione oggi ho creduto bene di studiarli separatamente. Sullo stesso individuo molto di raro si osservano accentuate manifestazioni di amendue le forme di malattia, come abbiamo già detto: in generale osserviamo o l'una o l'altra. Più spesso vediamo la morfea, quantunque non nel significato rigoroso dato a questo nome dagli scrittori. Io non ho visto che pochi esempi genuini di scleroderma ma ho visto 12 o 15 casi di morfea, in nessuno dei quali vi erano sintomi che avessero potuto rassomigliarsi a quelli che io ho descritti come caratteristici dello scleroderma. Quindi è evidente che bisognerebbe dare un nome per indicare quelle importanti alterazioni cutanee le quali differiscono per tanti sintomi dallo scleroderma tipico (1). L'anatomia dello scleroderma è stata scrupolosamente studiata da Förster (2), Auspitz (3), Arning (4), Neumann (5), Fagge (6), Kaposi (7), Chiari (8)

---

July, 1869; Day, Amer. Jour. of the Med. Sci., April, 1870; Piffard, New York Med. Gaz., June 24, 1871; Van Harlingen (con una bibliografia), Amer. Jour. of Syph. and Derm., Oct. 1873; e White, Archives of Derm., July, 1875.

(1) Fagge e altri hanno proposto d'indicare amendue le forme della malattia col nome di scleroderma, distinguendone due varietà, una *diffusa*, ed una *circoscritta*. Si potrebbe obiettare a questa nomenclatura che la morfea è lungi dallo essere circoscritta in tutti i casi.

(2) Würzburger Med. Zeitschr., 1861, Bd., ii. p. 294.

(3) Wiener Med. Wochenschr., 1863; quoted in Neumann's work, 3d edit. (German), p. 354.

(4) Würzburger Med. Zeitschr., 1861, vol. ii, p. 186.

(5) Loc. cit., 3d edit. (German), p. 354.

(6) London Path. Soc. Trans., 1871.

(7) Loc. cit., vol. iii, p. 119.

(8) Viertelj. für Derm. u. Syph., Hest 2, 1878.

ed altri con risultati alquanto varii, senza dubbio dipendenti da ciò che i casi si presentavano in periodi diversi della malattia. Sono stati fatti tagli tanto sul vivo quanto sul cadavere. È da notare che, nonostante le note cliniche caratteristiche della malattia, non è stata dimostrata che una leggera deviazione del tegumento cutaneo dallo stato sano. Ecco quali sono i cangiamenti ordinariamente trovati: l'epidermide resta inalterata quanto a struttura, ma contiene un deposito di pigmento negli strati più bassi della rete e nello strato capillare del derma. Le papille sono di grandezza normale, tranne quando vi è un'evidente ipertrofia papillare, come ad esempio nel caso di strisce o isole di cute scabra. Tanto il derma, quanto il tessuto sottocutaneo son sede della malattia. Essi si trovano ingrossati; il loro tessuto connettivo è notevolmente aumentato e condensato insieme alle fibre elastiche. Nel tessuto sottocutaneo le cellule adipose sono scarse e sono circondate da densi fascetti di tessuto connettivo. Tutto il tessuto cutaneo è così convertito in una massa compatta, costituita da fibre fitte, più o meno incrociate e allacciate insieme. Quanto ai vasi Kaposi asserisce che egli ne ha trovato « diminuito il calibro e che erano circondati strettamente da tessuto connettivo. Qua e là ed a larghi tratti il connettivo che circondava un vaso sembrava allontanato dalle sue pareti da piccole cellule nucleate (linfa) ammassate fittamente l'una sull'altra. A causa di queste masse cellulari l'ampiezza del vaso era cinque o sei volte maggiore della normale, come se fosse contenuto in una guaina di cellule ». Lo stesso osservatore ha espresso l'opinione che la malattia dipenda da ingrossamento e stasi della linfa, a causa dello stato anormale dei processi nutritivi, poichè il ristagno avviene nelle lacune linfatiche. Chiari, in un esame recente di un caso notevole, trovò il midollo spinale ed i gangli normali. Il sudore e le glandole sebacee ed il tessuto muscolare liscio restano normali secondo ciò che dicono gli autori. Madar (1) ritiene che la malattia sia una trofonevrosi centrale. Oggi credo che si può ritenere che la malattia sia primitivamente una forma d'ipertrofia, probabilmente dovuta a qualche alterazione nervosa oscura, seguita presto o tardi da risoluzione o da atrofia in maggiore o minor grado.

**Diagnosi.** — Tenendo a mente i caratteri speciali della malattia, che sono nella maggior parte dei casi ben distinti non si deve incontrare nessuna difficoltà a fare la diagnosi. Lo stato della cute solidificato, rigido, duro, più o meno pigmentato, nei suoi primi periodi apparentemente non alterato quanto a struttura, basterà da se solo a distinguere questa malattia da altre. Si può distinguere dalla morfea, con la quale, come abbiamo già detto, è in stretta parentela, sia per natura sia per gli aspetti clinici, per le seguenti note: lo scleroderma tende ad attaccare larghe aree di superficie o nel cominciare o durante il suo corso, come ad esempio la maggior parte del tronco; la morfea ordinariamente si mostra come una o più piccole aree, spesso di grandezza non superiore a quella di una moneta. Lo scleroderma è sempre diffuso o disseminato e non è distinto da una linea di separazione; la morfea, quando è a isole,

(1) Viertelj für Derm. u. Syph., Heft. 2, 1878.

è circoscritta, ed è circondata da una brusca linea di confine e da un margine che si va gradatamente confondendo con la pelle sana. Lo scleroderma è sempre caratterizzato da un grado variabile di durezza e di rigidità; la morfea, per lo più, è molle o resistente, ma di raro è dura. Nello scleroderma la pelle in molti casi non sembra alterata per la struttura, rassomigliando ordinariamente alla pelle normale intirizzita, corrugata; nella morfea vi è sempre un cambiamento percettibile e in generale notevole della struttura della pelle. Nello scleroderma la malattia incomincia con un semplice intirizzimento o indurimento cutaneo; nella morfea comincia con la formazione di un'isola più o meno chiaramente iperemica rossastra o violacea, che soltanto più tardi assume un aspetto più caratteristico. Lo scleroderma in generale si manifesta insidiosamente e senza sintomi subiettivi; la morfea è spesso accompagnata da dolore o da formicolio. Lo scleroderma non è simmetrico nè si presenta lungo tragitti nervosi; la morfea è asimmetrica e spesso si osserva sopra il tragitto di un nervo. Lo scleroderma non mostra i vasi sanguigni dilatati, superficiali, azzurrognoli o le strie atrofiche della morfea. Lo scleroderma spesso si manifesta acutamente, la morfea d'ordinario ha un corso più lento, giacchè talvolta sono necessari mesi ed anni perchè si formino le lesioni.

**Cura.** — Varj metodi di cura sono stati seguiti in diversi casi, sotto alcuni dei quali gl'infermi hanno migliorato, ma è rimasto il dubbio se la guarigione si dovesse attribuire ai rimedii o alla involuzione spontanea del processo. I rimedii interni, come l'arsenico, la chinina e l'olio di fegato di merluzzo, una alle unzioni, ai bagni, al massaggio ed alle frizioni stimolanti, in forma di linimenti e di unguenti, come ad esempio l'unguento mercuriale, presentano le migliori probabilità di successo. La corrente elettrica costante, raccomandata da Fieber (1) e da Piffard (2), si può anche raccomandare con probabilità di buon risultato.

**Prognosi.** — Il corso e l'esito della malattia variano; la prognosi deve essere riservata. Non di raro la malattia guarisce spontaneamente, mentre in altri casi i sintomi rimangono per tutta la vita. Può avvenire la contrazione e l'immobilità delle parti, seguita da maggior o minore deformità e da sofferenze.

## MORFEA

**Sintomi.** — La malattia (3) conosciuta una volta sotto il nome di « Cheloide di Addison » è caratterizzata da svariate lesioni che tendono a subire importanti cambiamenti nel corso della loro evoluzione. Soltanto col rendersi famigliari queste numerose fasi della

(1) Wiener Med. Wochenschr., Nov. 26, 1870.

(2) Loc. cit.

(3) Io comprendo sotto il nome di morfea due forme di malattia finora chiamate dagli scrittori « cheloide di Addison » e « morfea », giacchè ritengo che esse sieno manifestazioni diverse dello stesso processo. La cosiddetta « morfea di leprosi » quantunque talvolta somigli alla malattia di cui ora ci occupiamo, non è che uno dei molti sintomi cutanei della malattia chiamata leprosi, e non è per nulla in rapporto con la morfea.



malattia si può avere un'idea di tutto il processo. Questo può apparire in uno o parecchi giorni. Frequentemente comincia con la formazione di una, due o più lesioni isolate, rotonde, ovalari o irregolarmente rotonde o allungate, rosse o porporine, iperemiche, la cui grandezza è quanto quella di una piccola o di una grossa moneta. Divengono presto ben definite e circoscritte e circondate da un margine o areola, leggermente o fortemente rosso, violetto o color di lilla, largo parecchie linee e costituito da molti capillari.

Nel suo primo periodo l'alterazione può essere leggermente gonfia o elevata, ma siccome si osserva per lo più in un periodo posteriore, sta allo stesso livello con la cute circostante o più tardi è anche leggermente depressa. Quando è pienamente sviluppata per lo più è resistente al tatto ma non dura, mentre, d'altra parte, non di raro, si sente che differisce ben poco dalla vicina cute sana. In altri casi è alquanto dura, coriacea o grossa, e soltanto con difficoltà si può sollevare a pieghe fra le dita. La sensibilità generalmente rimane integra. La superficie cutanea d'ordinario è levigata e lucente, talvolta ha un aspetto eburneo: in altri casi, quando la lesione è antica, è coperta da una epidermide più o meno scarsa, secca, urente, aggrinzita. Il colore del tratto alterato è il rosa pallido o violaceo, o giallastro chiaro o anche biancastro e cereo, e in questi casi ha un aspetto lardaceo. Nel primo periodo talvolta si possono scoprire minuti plessi di vasi sanguigni che si ramificano alla superficie cutanea. Intorno alle lesioni vi è quasi sempre una pigmentazione diffusa in forma di macchie più o meno giallastre o brunastre.

Le lesioni si manifestano in varie regioni, principalmente sulla faccia, sul collo, sul petto, sulle mammelle, sul dorso, sull'addome, sulle braccia e sulle cosce. Non tendono a divenire simmetriche. Non di raro si osservano lungo tragitti nervosi, per esempio sulle linee di distribuzione del quinto pajo. La secrezione del sudore è diminuita o manca, secondo l'estensione dei cangiamenti atrofici nelle lesioni.

Il loro corso è variabile, quantunque quasi sempre sia cronico. In generale si manifestano insidiosamente, o, come avviene talvolta, sono preceduti da dolore o da formicolio, e si estendono con lentezza e a gradi a gradi finchè divengono grandi quanto uno scudo o quanto la mano. Talvolta due lesioni vicine confluiscono. Ordinariamente non sono accompagnate da notevoli sintomi subiettivi, ma certe volte vi è prurito, formicolio o torpore; in altri casi poi dolore.

Dopo raggiunte le loro dimensioni definite o rimangono in questo stato per mesi o anni, ovvero cominciano a guarire spontaneamente, ciò che talvolta ha luogo con sorprendente rapidità lasciando la pelle sana. In altri casi tendono a seguire cangiamenti atrofici, giacchè la pelle si contrae, diviene sottile, simile a pergamena o aggrinzita e, in ultimo, fissa sui tessuti sottostanti, costituendo lesioni in forma di cicatrici, larghe o piccole, rotonde o allungate, producendo contrazioni e deformità. I tessuti sottocutanei ed anche i muscolari possono essere devastati e distrutti dando origine a deformità e, se si tratta di un arto, alla perdita dei suoi movimenti.

La malattia, invece di manifestarsi colle macule o isole sopra

descritte, si può presentare con lesioni di natura più distintamente atrofica, consistenti in depressioni cutanee, aggregate o disseminate, piccole, imbutiformi, concave, rassomiglianti alle cicatrici dell'acne atrofica; i vasi sanguigni sono rossastri, azzurrognoli o porporini, più o meno tortuosi, corti o lunghi, dilatati; vi sono strisce biancastre, perlacee, levigate, smaltate, leggermente depresse, incavate (vere strie atrofiche della cute). Quà e là, o soli o in rapporto con queste forme, si possono sviluppare tratti di varia grandezza rossastri, porporini, telangiectasici, più o meno leggermente pigmentati, diffusi, cedevoli, che al tatto danno la sensazione della pelle normale, circondati da pigmentazione giallastra e brunastra, e questi tratti presto o tardi possono sparire spontaneamente; ovvero possono divenire lesioni più avanzate, circoscritte, giallastre, di aspetto lardaceo o alabastrino.

Come si vede il processo è estremamente complesso e di una insolita variabilità, caratterizzato da diverse lesioni che tutte, o soltanto alcune, possono incontrarsi in un dato caso. Vi può essere, come complicazione, il vero cheloide (il cheloide di Alibert); ciò avvenne nel raro caso di Elisabetta Nicholls e in uno riferito da Hutchinson (1).

Il suo corso è cronico, ma, tranne nelle forme più gravi, tende alla guarigione. In alcuni casi possono passare anni prima che avvengano cangiamenti evidenti, mentre, in alcuni casi, la gravezza aumenta d'anno in anno, e finisce col produrre una grande deformità. La malattia è rara, ma non quanto lo scleroderma (2).

Le statistiche dell'*American Dermatological Association* non portano che 1 sol caso sopra 16863 di malattie cutanee. Ma è più comune di quel che indicano queste cifre.

Come esempi tipici della malattia potrei riferire i casi di Addison (3), Vilson (4), Bulkley (5), Morrow (6), Gibney (7), Graham (8). Esempi notevoli sono anche ricordati da Hutchinson (9).

**Etiologia.** — Nulla si sa di positivo sulla causa di questa malattia, quantunque, come nello scleroderma, il sistema nervoso sia senza dubbio la sede primaria dell'alterazione. Ha luogo molto più frequentemente nelle donne che negli uomini. Dei molti casi che io ho osservato quasi tutti mi si presentarono in donne. Si osserva negli individui forti come nei deboli e in tutte le età.

(1) Loc. cit., pag. 329.

(2) Veggasi scleroderma.

(3) A Collection of the Published Writings of the late Thomas Addison. New Syd. Soc., London, 1869. Cases III. (E. W.), and IV. (L. B.). Veggasi anche una relazione di questi casi nello articolo di Fagge sul cheloide di Addison, Guy's Hospital Reports. 1867.

(4) Diseases of the Skin, London, 1867. p. 675; veggasi anche un articolo nel Jour. of Cut. Med., vol. ii. No. 6.

(5) Archives of Dermatology, Jan. 1877. Case I. (B. M.); Case II. (Ann B.). E gli Archives of Dermatology, Jan. 1878. Case of Bessie Lindsey.

(6) Ibid. Case of Alice Dowling.

(7) Ibid, April, 1879. Case of Mary Marshall.

(8) Ibid, April, 1880. Questo caso è passato anche sotto la mia osservazione ed è identico a parecchi altri casi che ora tengo in cura.

(9) On Morphea. Lectures on Clinical Surgery, vol. i., Part. II, Lond., 1879.

**Patologia.** — Essa è oscura. Quanto ai rapporti della morfea con lo scleroderma rimandiamo il lettore al capitolo su quest'ultima malattia. Per ora si può asserire che queste due forme morbose, comechè strettamente congiunte per sintomatologia e per patologia, debbono essere distinte e studiate separatamente. Wilson (1), Hutchinson (2) e Crocker (3) hanno richiamato l'attenzione sulla non infrequente manifestazione della malattia lungo il corso di noti tragitti nervosi; ma, mentre questa osservazione è vera in certi casi, si potrebbero citare molti esempi in cui non sembra tale. Hutchinson specialmente insiste sull'origine neurotica, opinione la quale secondo me, non è infirmata dal fatto che le lesioni si presentano lungi dal corso de' grossi nervi. Io son di accordo con quelli i quali mettono in causa il sistema nervoso ed hanno ritenuto per qualche tempo la malattia come una trofonevrosi.

Le note anatomiche delle lesioni caratteristiche o piastre di morfea variano notevolmente secondo il periodo in cui si osserva la malattia. In una lesione cedevole, pieghevole, biancastra, della durata di alcuni mesi sul dorso, le più notevoli alterazioni che io potei scoprire furono una condensazione del tessuto connettivo del derma con un accorciamento dello strato papillare.

Crocker esaminò isole biancastre nel loro primo periodo e parla di parziale disintegrazione negli strati più profondi dell'epidermide; parla di atrofia dello strato papillare; di trombosi de' vasi longitudinali nei plessi superficiali e di abbondante infiltrazione cellulare intorno alle glandole sebacee, ai follicoli piliferi ed ai vasi. Nei periodi ulteriori egli notò il passaggio di queste cellule in tessuto fibrillare, la sua contrazione e consecutiva oblitterazione dei vasi sanguigni, e l'atrofia delle glandole sebacee e sudorifere.

**Diagnosi.** — I rapporti fra gli stati morbose indicati nella letteratura coi nomi di morfea, di cheloide di Addison, di scleroderma e di strie e di macule atrofiche, sono diversamente interpretati dagli osservatori. I seguenti punti di differenza possono essere qui ricordati. La morfea differisce dallo scleroderma in quanto le sue lesioni sono più o meno circoscritte; ciò avviene specialmente nella forma maculare della malattia, in cui le lesioni trovansi come isole ben definite, circoscritte, giallastre, di aspetto adiposo, cedevoli o resistenti. Differisce anche dallo scleroderma per la mancanza della caratteristica durezza sclerodermica. Negli ulteriori periodi della morfea, quando è avvenuta un' evidente atrofia e cicatrizzazione è difficile fare una confusione con lo scleroderma. Altri sintomi di natura diversa, come ad esempio la pigmentazione e la cicatrizzazione, si osserveranno ordinariamente negli ulteriori periodi della morfea. Le strie atrofiche della morfea, come si veggono in una forma della malattia, difficilmente si possono distinguere dalle linee albiganti così spesso osservate sull'addome.

Le isole rotondegianti circoscritte di morfea rassomigliano molto ai tratti anestesici di leprosi. Per l'aspetto generale queste due

(1) Loc. cit.

(2) Loc. cit.

(3) Lancet, Nov. 22, 1879. Il caso riferito mostrava le lesioni singolarmente distribuite lungo il corso dei nervi sul braccio e sull'avambraccio.



forme di malattia hanno molti punti di comune, ed è probabile che amendue dipendano dalla stessa causa, cioè dalla pervertita innervazione, giacchè i nervi com'è ben noto, sono notevolmente implicati nella leprosi, mentre nella morfea la presenza di un certo grado di trofonevrosi è più che probabile. Le isole rossastre o giallastre o macule di leprosi sono ben noti sintomi comuni alla varietà tubercolare e all'anestesica della malattia. Quando sono pienamente sviluppate sono sempre anestesiche, e per lo più sono accompagnate da altri sintomi di leprosi.

Le isole biancastre di morfea rassomigliano alquanto alla vitiligo; ma nella vitiligo la malattia attacca soltanto lo strato pigmentario, giacchè la struttura della pelle resta sotto ogni aspetto normale, e perciò non si potrebbe confondere col cangiamento di struttura della cute che ha luogo nella morfea.

**Cura.** — È necessaria una cura tonica generale, consistente nelle larghe dosi di olio di fegato di merluzzo, nei preparati di ferro, e specialmente nell'arsenico. Io credo che quest'ultimo rimedio continuato a lungo abbia una positiva efficacia. Probabilmente si avranno benefici più dall'uso giudizioso di esso che da qualsiasi altra medicina. Quando si deve usare per mesi è necessario cominciare con piccole dosi, aumentando gradatamente fino a quella quantità che l'infermo può prendere senza che ne derivi disturbo dello stato generale. La corrente costante galvanica può anche rendere servigi e merita che si esperimenti su larga scala. Io ho veduto casi in cui sembrava che l'infermo se ne fosse giovato positivamente.

**Prognosi.** — Essa è una forma cronica di malattia con corso molto lento e graduale e può continuare per tutta la vita. Talvolta però ha un corso comparativamente breve, che abbraccia mesi piuttosto che anni. Nelle forme medie tende a guarire spontaneamente presto o tardi, e, in alcuni casi, ciò avviene in modo repentino. Quando è già avvenuta una diffusa atrofia, non si può sperare una completa guarigione.

Come una forma o varietà di morfea potrei anche citare molti, se non tutti, di quei casi della malattia conosciuti nella letteratura come EMIATROFIA FACCIALE, o ATROFIA UNILATERALE DELLA FACCIA. La malattia qui consiste in un grado variabile di atrofia di una parte o di tutto un lato della faccia, passionando la pelle, il tessuto connettivo sottocutaneo, gli elementi più profondi incluse talvolta le ossa. I cangiamenti che hanno luogo nella pelle sono, secondo me, della stessa natura di quelli che si osservano nelle lesioni caratteristiche della morfea di altre regioni. Nei parecchi casi che io ho veduto non ho potuto scovire nessuna diversità essenziale. L'origine neurotica qui è tanto manifesta, infatti, che questa forma della malattia ha richiamato principalmente l'attenzione dei neurologisti. Fra quelli che hanno scritto su questo argomento possiamo ricordare Parry (1), R o m b e r g (2), M o o r e (3), L a n-

(1) Citato da R o m b e r g nel Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Menschen. Berlin, 1854.

(2) Trophoneurosis Facialis, Klinische Wahrnehmungen und Beobachtungen. Berlin, 1851.

(3) Unilateral atrophy of the face. Dublin Quarterly Jour. of Medical Science, 1852.

de (1), Eulenburg (2), Fremy (3), Hammond (4), Bannister (5) e Robinson (6).

### SCLEREMA DEI NEONATI

*Sin.*, Scleroderma Neonatorum; Induratio Telae Cellulosae Neonatorum; Algor Progressivus; *Ingl.*, Sclerema of the Newborn; *Ted.*, Das Sclerem der Neugeborenen; Algewebsverhärtung der Neugeborenen; Die Greisenhaftigkeit der Kinder; *Fr.*, Algidité Progressive; Décrépitude Infantile.

Lo sclerema dei neonati è una malattia dell'infanzia che si manifesta ordinariamente nella nascita e consiste in un indurimento diffuso dei tessuti cutanei e sottocutanei, accompagnato da freddo al tatto, da edema, da gonfiore, da alterazione del colorito, da lividore e da alterazioni circolatorie generali.

**Sintomi.** — La malattia può essere congenita o può apparire durante la prima infanzia. Ordinariamente comincia nelle estremità inferiori e si diffonde in su attaccando il tronco, le braccia e la faccia. La pelle frequentemente assume una tinta brillante, rossastra o porporina; in altri casi è giallastra ed anche brunastra. Vi può essere un aspetto maculato più o meno evidente. Il tegumento cutaneo sembra stirato e teso. Al tatto mostra un indurimento notevole e sorprendente; è resistente, duro, rigido e incapace di essere sollevato fra le dita. Il grado di durezza varia secondo i siti: generalmente è maggiore sulle gambe. La superficie cutanea trovasi fredda massime sulle estremità. Con la pressione si scopre un maggiore o minor grado di edema nonchè un infiltramento ed ingrossamento dei tessuti. A causa della rigidità delle parti il movimento è impedito; ciò si vede in una maniera sorprendente sulla faccia ove i lineamenti restano fissi e danno un'espressione stralunata o cadaverica della stessa. Quando la malattia è generalizzata la pelle rassomiglia molto a quella di un cadavere semirrigidito, tanto per l'aspetto quanto per la sensazione che suscita al tatto. Il bambino non può muoversi, non prende che poco nutrimento, respira debolmente e, per lo più, deperisce e muore in pochi giorni. Molto di raro ha luogo la guarigione spontanea. La malattia per lo più si accompagna a pneumonite o ad altre affezioni del sistema respiratorio o del circolatorio.

**Etiologia.** — Le cause sono straordinariamente oscure. È stata osservata la malattia con maggior frequenza nei bambini che vengono a luce prima del tempo. La circolazione capillare è manifestamente difettosa; ma non è spiegato se ciò è un fatto primario ovvero secondario e dipendente dal cangiamento di struttura dei tessuti.

**Patologia.** — Dopo la morte la pelle non subisce che leggera alterazione. Il suo colore ordinariamente diviene più carico. L'in-

(1) Essai sur l'Aplasia lamineuse progressive. Paris, 1868.

(2) Lehrbuch der functionellen Nervenkrankheiten. Berlin, 1871.

(3) Étude critique de la trophonévrose faciale. Paris, 1872.

(4) Progressive facial atrophy. A Treatise of the Nervous System, 6th ed., New York, 1876. Ed il Journal of Nervous and Mental Diseases, April, 1880.

(5) Progressive Facial Hemiatrophy. Ibid., Oct. 1876.

(6) A case of unilateral atrophy of the face, etc. Amer. Jour. of the Med. Sc., Oct. 1878.

durimento resta. Incidendola vien fuori una larga quantità di liquido giallastro sieroso, dopo di che i tessuti diventano più cedevoli e rassomigliano ai tessuti ordinarii edematosi. Il tessuto sottocutaneo contiene un deposito solido, resistente, simile a stearina. Le osservazioni microscopiche sono state fatte da Virchow (1), Förster (2), Löschner (3), Jenks (4) e altri, con risultati abbastanza poco soddisfacenti. Un'infiltrazione edematosa notevole trovasi dappertutto nei tessuti. Il connettivo del derma è molto aumentato, secondo Löschner e Jenks; altri osservatori, però, non hanno potuto determinare questo fatto. Il deposito simile a stearina occupa una larga estensione degli strati sottocutanei.

**Diagnosi.** — Gli aspetti della malattia sono tanto distinti da non esservi difficoltà a riconoscerla. L'indurimento, l'edema, lo speciale colorito della pelle, la sensazione di freddo sulla cute, la difettosa respirazione e circolazione, tutto richiama alla mente questa malattia. Essa differisce dallo scleroderma degli adulti per la natura del deposito cutaneo, nonchè per la sua storia e per il suo corso.

**Cura.** — Questa deve aver di mira lo stato generale. Bisogna ricorrere alla stimolazione della cute, alle dolci frizioni, al calore e ad altri simili mezzi e perseverarvi. La prognosi è molto sfavorevole.

## ELEFANTIASI

*Sin.*, Elephantiasis Arabum; Pachyderma; Bucnemia Tropica, Morbus Elephas; *Ingl.*, Elephant Leg; Barbadoes Leg; Spargosis.

L'elefantiasi è una malattia cronica ipertrofica della pelle e del tessuto connettivo sottocutaneo, caratterizzata da ingrandimento e deformità della parte attaccata, con linfangioite, gonfiore, edema, ingrossamento, indurimento, pigmentazione e sviluppo papillare.

**Sintomi.** — La malattia ordinariamente comincia con un'inflammazione di natura erisipelatosa accompagnata da sintomi febbrili generali, dolore, calore, linfangioite, gonfiore, edema e, talvolta, secrezione, seguita da leggero ingrandimento permanente della parte. Di quando in quando hanno luogo attacchi di questo genere e, ogni volta, leggermente aumenta la grandezza del membro o della regione attaccata. Dopo un anno o più, durante il quale periodo probabilmente ha avuto luogo un certo numero di attacchi, la parte, nel maggior numero dei casi, avrà raggiunto un notevole volume; sarà cronicamente gonfia, edematosa e del tutto dura, e non solo la gamba ma la pelle stessa saranno generalmente atrofizzate come mostrano l'indurimento, le papille ingrossate e prominenti, le ragadi, l'alterazione di colore più o meno avanzata e la pigmentazione. Il processo di raro finisce fino a che la parte non ha raggiunto tali estreme proporzioni da costituire una grave deformità.

La malattia apparisce alquanto diversa secondo che è passionata

(1) Die Krankhaften Geschwülste, Bd. i. p. 302.

(2) Path. Anatomie, Bd. ii. p. 1070, zweite Auflage. Leipzig, 1873.

(3) Prager Vierteljahrsschrift, 1868.

(4) American Journal of Obstetrics, May, 1871, p. 129.



una parte o un'altra. La sua sede comune sono le estremità inferiori, massime le gambe. Ordinariamente, però, è attaccato solamente un arto, poichè il male di raro si manifesta simmetricamente. Dopo sono attaccate, per ordine di frequenza, il pene, lo scroto, le grandi e piccole labbra e la clitoride. Altre regioni si ammalano più raramente, nonpertanto si ricordano casi in cui la malattia si era sviluppata sulla faccia, sulle braccia e sul petto.

Siccome la gamba è la sede comune della malattia, descriveremo brevemente come qui si presenta. Dopo che l'affezione ha durato per qualche tempo e vi è stata una quiete negli intervalli degli attacchi infiammativi, la gamba ordinariamente comincia ad apparire ipertrofizzata, giacchè l'ingrossamento in generale comincia sotto il ginocchio e si estende fino alla caviglia del piede, il quale è attaccato più di raro. L'arto è turgido, i tessuti alla pressione s'infossano e presentano segni di generale ingrossamento e indurimento, e per lo più vi è una notevole deformità. La pelle è ipertrofica in tutte le sue parti. Può essere o levigata o scabra; quando è levigata non di raro vi è l'eczema, e costituisce una complicazione. L'ipertrofia papillare nella forma di protuberanze verrucoidi, di grandezza ed aspetto variabili, si può anche sviluppare, specialmente sulla regione del piede e delle sue dita. Si osservano anche ragadi, mentre le pieghe normali della pelle sono tutte esagerate. La macerazione dell'epidermide e l'accumulazione di sostanza estranea avvengono per lo più in queste pieghe, dando origine a masse di decomposizione di cattivo odore. Per lo più vi sono squame e croste, e queste ultime sono formate dal secreto congiunto al sangue ed alla sostanza sebacea che vien fuori tra una formazione verrucoide e l'altra. Talvolta vi sono ulceri derivanti da vene varicose che possono esservi. Avviene anche un'alterazione più o meno forte del colore ed una pigmentazione che dà all'arto un aspetto rossastro o brunoastro.

Il grado di dolore che accompagna la malattia varia; talvolta è violento, massime durante gli attacchi infiammativi, mentre, in altri casi, non si prova che leggera molestia. Il peso di una parte ammalata, come di un arto o dello scroto, è sempre notevole e può essere tale da rendere impossibile all'individuo il camminare. Quando vi è una tendenza all'eczema il prurito può essere un sintomo molesto. Il corso della malattia è eminentemente cronico.

**Etiologia.** — L'elefantiasi si osserva in tutte le parti del mondo, ma è molto più frequente in certe contrade che in altre. Essa è endemica e specialmente comune nei climi tropicali, le Barbadoes e le altre isole delle Indie Occidentali, l'America del Sud, l'India, la penisola Malayan, la China, il Giappone, l'Egitto, l'Arabia e l'Africa in generale presentano il maggior numero di casi. Se ne osservano anche in Europa e presso di noi, indipendentemente dalla latitudine o dal sito. La malattia, ove è endemica, si manifesta principalmente nelle regioni basse malariche, nelle isole e lungo le coste marine. Le condizioni climatiche, secondo ciò che sopra abbiamo detto, debbono avere una certa influenza sulla manifestazione della malattia. Per altro è molto probabile, che la mancanza di convenienti misure igieniche, le cattive abitudini e la cattiva alimentazione abbiano anche una parte importante nella pro-

duzione del male, giacchè le condizioni deplorabili di vita degli abitanti delle contrade tropicali sono ben note. L'elefantiasi è dovuta all'obliterazione ed alterazione dei linfatici, comechè la causa sia alquanto oscura.

Secondo le osservazioni di Lewis, di Manson e di Bancroft (1), fatte in India, nella China e nell'Australia, si crede che la presenza della filaria nel sangue e nei linfatici abbia gran parte nella produzione della malattia in Oriente. Si è veduto almeno che vi è spessissimo il parassita. Senza dubbio è stata trovata la filaria nel sangue e nella linfa in casi d'ingrossamento dello scroto con essudato di linfa plastica od anche in casi di elefantiasi associata ad ingrossamento dello scroto (2). La questione dell'identità di queste malattie ancora, però, è oggetto di discussione. Il Dott. Manson (3) in un recente articolo riferisce casi per dimostrare che sono identiche. Lo stesso autore inoltre crede che il mosquito sia il veicolo che propaga la filaria e perciò la malattia. Generalmente si è osservato che l'affezione è circoscritta in gran parte alla classe povera e poco curante della nettezza, mentre la gente agiata di rado vi va soggetta. La malattia si osserva in entrambi i sessi ma più comunemente negli uomini. Di raro si mostra prima della pubertà. Non è ereditaria nè contagiosa. L'argomento dell'elefantiasi congenita, di cui talvolta si sono osservati casi, recentemente ha richiamato l'attenzione del Dot. Busey (4) di Washington.

**Patologia.** — Le note anatomiche sono state attentamente studiate da Virchow (5), da Kaposi (6) e da altri. I tessuti, quando si tagliano con un bisturi, si trovano resistenti e mostrano una superficie biancastra o giallastra. Quando vi si preme sopra sgorga un liquido giallastro. La maggior parte della tumefazione è costituita da tessuto connettivo ipertrofico, poichè la sua sede, per la massima parte, è nel tessuto connettivo sottocutaneo; il derma è del pari ipertrofico, quantunque, relativamente, in molto minor grado. La massa è composta di fasci di fibre robuste, che decorrono in varie direzioni, formando una fitta rete, e da fibre più piccole e da cellule nucleate. La grossezza della struttura del derma e dell'epidermide variano secondochè la superficie della tumefazione è levigata o coperta da elevazioni papillari. Queste ultime spesso sono molto sviluppate, formano escrescenze verrucoidi e sono composte di papille allungate con o senza rivestimento epidermico, secondo la loro situazione. I vasi sanguigni del tessuto malato sono molto dilatati e così anche i linfatici. Quando la malattia ha durato per qualche tempo varii cangiamenti possono aver luogo nelle parti più profonde, fra cui si possono ricordare la degenerazione

(1) Veggasi un importante articolo di sir Joseph Fayrer sulla relazione della filaria del sangue umano con le malattie endemiche dell'India. *Lancet*, 8 e 15 febbraio 1879.

(2) Veggasi « Observations on Lymph-Scrotum and Allied Diseases » di Patrick Manson, nel *the Medical Times and Gazette*, Nov. 13 and 20 1875.

(3) Additional Notes on Filaria Sanguinis Hominis and Filaria Disease. Veggasi *Customs Medical Reports*, xiii. 30; xiv. 1. Shanghai. (Ristampato).

(4) Congenital Occlusion and Dilatation of Lymph Channels, New York, 1878.

(5) Die Krankhaften Geschwülste, Band i. p. 308.

(6) Loc. cit., vol. iii. p. 140.

adiposa e l'atrofia dei muscoli e l'ingrossamento delle ossa con esostosi.

**Diagnosi.** — Dopo che ha incominciato ad aver luogo l'ingrandimento della parte non può sorgere nessuna difficoltà circa la diagnosi. La speciale infiammazione erisipelatosa ed il sito attaccato indicano qual'è la malattia. Attacchi ricorrenti di erisipela sovra un arto debbono sempre essere riguardati come indizio di un probabile aumento di tessuto connettivo. Vi è appena bisogno di ricordare che non vi è nessun rapporto fra la malattia di cui parliamo e la lepra o leprosi. Possono esservi contemporaneamente, come è stato dimostrato da Vincet Richards (1).

**Cura.** — Durante un attacco infiammatorio la parte dev'essere curata col riposo assoluto e colle applicazioni fredde o calde. Dopo che il calore e il dolore sono diminuiti si può strofinare l'arto con uno degli unguenti mercuriali e chiuderlo in una fasciatura ben fatta e stretta. La solida fascia di gomma, sola o insieme ad altri rimedii, è qui di grande utilità. Questo metodo di cura, una al riposo, si deve continuare fino a tanto che se ne osserva qualche benefico effetto. I sintomi generali che accompagnano l'alterazione locale si debbono curare secondo che richiede il caso. La chinina senza dubbio è utile a diminuire la gravezza degli attacchi erisipelatosi. Si dice che anche il joduro di potassio sia benefico nei primi periodi del morbo. Si deve tener presente anche l'utilità del cangiamento di clima. Secondo F a y r e r nelle contrade orientali nessun rimedio è così efficace, e, se è messo in atto nei primi periodi può arrestare completamente la malattia. Si può fare la legatura dell'arteria principale dell'arto, ma, quantunque alcuni dei risultati di questa operazione siano stati soddisfacenti, non possiamo raccomandarla. W e r n h e r (2) dà un'analisi dei risultati della cura fatta in questo modo in 32 casi, nei quali 23 volte si trattò di legare la femorale. Nell'ultima serie il volume della gamba diminuì immediatamente, ma il buon risultato restò permanente soltanto in 3 casi. In 4 casi, in cui si tentò la compressione digitale e strumentale della femorale, la diminuzione di volume fu così rapida e l'effetto così permanente come dopo la legatura dell'arteria.

Nei casi in cui sono implicati i genitali il bisturi presenta il miglior mezzo di cura. Gli autori convengono nell'ammettere che la asportazione delle parti ingrandite per mezzo dell'amputazione è relativamente sicura e facile. O s g o o d (3) afferma che in questi ultimi 15 anni nella China sono stati operati oltre 60 casi di elefantiasi dello scroto e in tutti, senza eccezione, si ottenne la guarigione. D'altra parte F a y r e r (4) asserisce che sopra 193 casi operati dal 1859 al 1871 nel Medical College Hospital in Calcutta il 18 per cento degl'infermi morirono; però alcune di queste morti dipesero dalle imperfette condizioni sanitarie.

(1) *Endemic and Other Diseases of Hot Climates*, by Drs. F a r q u h a r and T i l b u r y F o x, London, 1876.

(2) *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1876.

(3) *On the Treatment of Elephantiasis, with a Table of Fifty Cases*. New York Medical Record, April 8, 1876.

(4) *Lancet*, March 29, 1879.



**Prognosi.** — Se l'infermo si sottopone ad una cura adatta e per tempo si può far molto per arrestare la malattia. Quando però ha raggiunto il suo pieno sviluppo non si può sperare che ben poco dalla cura. La malattia è accompagnata da grande deformità, giacchè la parte passionata per lo più raggiunge un peso ed un volume esagerati. Dopo anni l'arto può aver raggiunto tale immense proporzioni da rassomigliare per il suo contorno e per la sua massa ad un piede di elefante. Talvolta il pene, lo scroto e le grandi e piccole labbra del pari s'ingrandiscono enormemente formando tumori solidi che pesano spesso molte libbre e talvolta fino 100 libbre (37200 grammi) (1). In questi casi è difficilissima se non impossibile la locomozione.

Gl'individui ammalati di elefantiasi di raro muoiono a causa di questa, benchè in rari casi la morte può seguire ad attacco infiammatorio.

### DERMATOLISI.

*Sin.*, Cutis Pendula; Pachydermatocele.

La dermatolisi consiste in un'ipertrofia più o meno circoscritta dei tessuti cutanei e sottocutanei, caratterizzata da mollezza e cedevolezza della pelle e da tendenza a pendere in forma di pieghe.

**Sintomi.** — Può presentarsi come una leggera alterazione o come tale lesione da produrre serii inconvenienti. La pelle e tutte le sue parti costituenti, inclusi i peli, i follicoli, le glandole, i dotti, nonchè gli elementi più profondi sono ipertrofizzati. I tessuti sono molto ingrossati, formano masse enormi e tendono a pendere in forma di pieghe; frequentissimamente gli strati cascano gli uni sugli altri come le pieghe di un abito che stia troppo largo. Al tatto la pelle è molle e pieghevole e si distingue per la sua cedevolezza che ricorda quella di un tessuto adiposo. La sua superficie è rugosa, a cause della ipertrofia dei follicoli e delle pieghe e linee naturali della parte ed ha l'aspetto della pelle normale veduta attraverso una lente d'ingrandimento. Vi è anche maggiore o minor grado di pigmentazione, poichè talvolta la pelle è brunastra.

La malattia può essere circoscritta ad una certa regione come il dorso, o può mostrarsi in parecchi punti distinti, come sulla faccia e sulle braccia. È stata osservata sul capo, sulla faccia, sul collo, sul dorso, sulle braccia, sull'addome, sui genitali e sulle cosce. Vi possono essere una sola o più escrescenze. Il corso della malattia ordinariamente è lento, in generale non produce altro disturbo oltre quello proveniente dalla presenza della massa cutanea.

I tessuti possono giungere ad enorme grandezza, come nel caso di Nélaton riferito da Keen (2), in cui la malattia, manifestatasi sul collo e sulle spalle, giunse in forma di enorme mantello a coprire tutto il dorso raggiungendo le natiche. Un caso alquanto simile recentemente si presentò a me stesso. Il defunto Valentino

(1) Un enorme tumore scrotale di questo genere recentemente capitò alla mia osservazione nell'ospedale dell'Università di Pennsylvania e dopo fu asportato dal Dr. John Neill. Amer. Jour. of the Med. Sc., July, and October, 1875.

(2) Phot. Rev. of. Med. and Surg., vol. ii. p. 45.

Mott fu il primo in questo paese che richiamò l'attenzione su questa malattia. Egli riferì cinque casi importanti, le cui fotografie accompagnano la sua relazione (1). Un caso importante, simile per il grado del suo sviluppo al ben noto caso di Eleanor Fitzgerald, di cui dette la figura Bell (2) è riferito da Fritsch (3) di Polonia. Stokes di Dublino ha anche riferito un caso con un disegno su cui ha eseguito una felice operazione (4). Weeden Cooke riferì pure un caso che io ebbi la fortuna di vedere. Trattavasi di una giovanetta di 17 anni, la quale aveva una enorme ipertrofia dei tessuti cutanei nella natica e coscia sinistra, che, giungendo fino al ginocchio, vi si arrestava bruscamente. La pelle era molto ipertrofizzata e pendeva in quattro o cinque pieghe. Per la forma rassomigliava alla gamba di un paio di larghi calzoni turchi. Era incominciata da 3 anni e da poco tempo aveva aumentato con rapidità.

**Patologia.** — L'alterazione consiste in una semplice ipertrofia della pelle in tutte le sue parti e specialmente del tessuto connettivo sottocutaneo. Al microscopio si è veduto che consiste in gran parte di tessuto fibroso molle o di tessuto lipomatoso, o di ambedue, in variabili proporzioni. Non si può assegnare nessuna causa a questo anormale sviluppo; talvolta è congenito; in altri casi, come in quello di Cooke non si mostra fino alla pubertà o più tardi. Hebra e Kaposi descrivono la malattia insieme alla elefantiasi e la chiamano ELEFANTIASI TELANGIECTODE. Essi dicono che è sempre congenita. Questo, però, non è sempre il caso per la malattia di cui ci occupiamo. Essa deve ritenere intimamente congiunta al fibroma mollesco, e talvolta ha luogo insieme a questo.

**Cura.** — Il bistori presenta il solo mezzo di cura di questa malattia, e la possibilità di un'operazione dipende dal suo sito e dalla sua estensione.

### IPERTROFIA DEI PELI.

*Sin.*, Hipertrichosis; Hipertrichiasis; Trichauxis; Polytrichia; Hirsuties.

Con questo nome s'indicano tutti quei casi in cui i peli sono straordinariamente sviluppati quanto a numero e a grandezza, vuoi nelle regioni ove il pelo si trova ordinariamente, vuoi nei siti in cui la sua presenza non è normale. Il pelo può essere di grossezza media, o più fino o più grosso del normale. Talvolta da un solo follicolo partono parecchi peli. I capelli, in entrambi i sessi, non di rado crescono fino ad insolita lunghezza ed in gran quantità. Wilson (5) ricorda parecchi casi di donne in cui avevano sei piedi di lunghezza, ed io stesso ho visto una donna nella quale i capelli spazzavano il suolo, giacchè l'insolito sviluppo era incominciato dopo una serie di malattie all'età di 17 anni.

(1) Med.-Chir. Soc. Trans., vol. xxxvii. p. 155.

(2) Principles of Surgery, vol. iii., London, 1808.

(3) Trans. London Clinical Society, 1873. La fotografia si può vedere nel Tilbury Fox's Atlas of Skin Diseases.

(4) Dublin Jour. of Med. Sc., Jan. 1876.

(5) Lectures on Dermatology. London, 1878.

In altri siti in cui la presenza del pelo è naturale, come le sopracciglia, le ascelle, il pube, e nell'uomo la barba, possono anche assumere uno straordinario sviluppo e raggiungere insolita lunghezza. Esempi di lunghe barbe che toccavano il suolo sono ricordati da Eble (1), e più recentemente Leonard (2) ha riferito il caso di un uomo di 45 anni la cui barba misurava più di 7 piedi di lunghezza e che aveva impiegato 12 anni a raggiungere tale dimensione.

Invece di peli fini e morbidi che si trovano sulla maggior parte del corpo l'aumentata attività del pelo si può manifestare o universalmente su tutta la superficie cutanea, o localmente in certe parti, come sulla faccia, e può continuare finchè il corpo si cove diffusamente di lunghi e robusti peli. Wilson (3) recentemente ha riferito un caso in cui questo aumentato sviluppo era universale. Trattavasi di una donna nubile di 33 anni e l'aumento di sviluppo dei peli era incominciato fin dalla pubertà. Tranne il vertice del capo, che di recente era divenuto calvo, il resto della superficie cutanea, inclusi i lati del capo, la faccia, il collo, il tronco, gli arti era coperto da peli neri e rigidi lunghi da mezzo pollice a due pollici, e tanto grossi da nascondere la pelle. La donna era robusta ma amenorroica ed in cattivo stato di salute. La specialità di questo caso è che lo sviluppo anormale dei peli non era congenito. Questa forma di sviluppo, sia locale sia universale, può aver luogo in ambo i sessi e in tutti i periodi della vita. Come manifestazione locale talvolta dà origine a grande deformità nelle donne poichè assume la forma di mustacchi o di barba, e questi casi non sono rari. Il Dr. Hardaway (4) ed io (5) abbiamo recentemente riferito casi notevoli.

Esempi di « uomini pelosi », in cui generalmente lo sviluppo dei peli è congenito ed ereditario, come nel caso di Shevemaong, l'« Homo hirsutus » di Burmah e della sua famiglia, di tempo in tempo sono stati riferiti (6). Alcune razze, come gli Ainos dell'isola di Yesso, si fanno notare per l'eccessivo sviluppo dei loro peli,

Peli robusti, rigidi e talvolta lunghi si osservano spesso insieme ai nèi quando questi sono della varietà chiamata NÈI PELOSI; NÈO VERRUCOSO. Queste lesioni si osservano su varie ragioni; quando si osservano sul capo i capelli ordinariamente hanno un calibro notevolmente aumentato, tal volta tanto da rassomigliare ai peli degli animali inferiori.

Talvolta i peli presentano irregolarità quanto alla direzione secondo la quale crescono, vuoi entro il follicolo vuoi dopo usciti da questo, e allora dicesi che vi ha TRICIASI. Si osserva sul cranio e sulle sopracciglia, sulle palpebre, ove talvolta i peli presentano una tendenza a dirigersi verso l'interno in direzione del bulbo dell'occhio.

(1) Die Lehre von den Haaren. Wien, 1831.

(2) The Hair. Detroit, 1880.

(3) Lectures on Dermatology. London, 1878.

(4) St. Louis Med. and Surg. Jour., Nov. 1877.

(5) Arch. of Derm., April, 1877.

(6) Per una relazione di questi casi veggasi Wilson, Diseases of the Skin, London 1867, p. 716, e Lectures on Dermatology, London 1878.



Lo stato conosciuto col nome di PLICA o di PLICA POLONICA (una volta comune in Polonia, principalmente fra le classi più povere) in cui i capelli, a causa della lunga noncuranza, della poca nettezza, e talvolta della presenza di pidocchi e di eczema, si ammassano fra di loro, può essere anche qui ricordato a proposito della ipertrofia dei peli. Non è una malattia, come una volta si credeva, ma semplicemente uno stato di intralciamento e di lordura dei capelli e del cranio, prodotto dal non pettinare, tosare e pulire questo sito del corpo. Vi si rimedia facendo largo uso di olii, di sapone e di acqua, non trascurando di adoperare il pettine e la spazzola, oppure vi si rimedia colle forbici. Presso di noi s'incontra raramente o mai.

**Etiologia.** — Nulla di certo si può dire intorno alle cause di questi anormali sviluppi. Possono essere congeniti, come è il caso comune, o acquisiti, nel qual caso la disposizione allo aumento dello sviluppo dei peli si mostra per la prima volta dopo la nascita in un periodo più o meno tardivo. Sono più comuni negli individui di colore scuro che in quelli di colore chiaro. Nelle donne, quando questo stato di cose è acquisito, come avviene nella faccia, spesso vi sono notevoli tratti maschili. Questa alterazione tende a manifestarsi nel periodo critico; nonchè nelle donne sterili ed in quelle la cui funzione mestruale si è arrestata o è imperfetta. Fra le cause possiamo anche ricordare la stimolazione o irritazione locale. Così, per esempio, sono stati riferiti casi in cui nel sito ove era stato applicato il vescicante la lanuggine si sviluppò in forma di forti e rigidi peli.

**Cura.** — Ordinariamente questo anormale sviluppo di peli si trova in un sito circoscritto, per esempio sopra un nèo peloso, sovra il labbro superiore e generalmente sulla faccia nelle donne. Il miglior mezzo per liberarne coloro i quali lo presentano è l'elettrolisi, raccomandata da Michel (1), da Hardaway (2), da Piffard (3) e da Fox (4); per parte mia posso anche confermare i buoni effetti della elettrolisi. L'operazione è semplice e sicura. Consiste nell'introdurre un fino ago nel follicolo pilifero e nella distruzione della papilla del pelo per mezzo della corrente galvanica. L'ago è attaccato al polo negativo mentre il polo positivo è tenuto dall'infermo. Io uso il numero 12 degli aghi da cucire (che dopo molti esperimenti ho trovato essere il migliore) attaccato ad un piccolo manico fatto in forma di una matita di piombo da tasca. Sono necessari da 8 a 12 elementi galvanici di recente caricati. L'ago s'introduce prima di estrarre il pelo, e si fa restare in contatto con la papilla del pelo e col follicolo finchè il pelo si rende così cedevole da distaccarsi con la minima trazione. Nei casi in cui la base del follicolo non è stata raggiunta bisogna tornare ad introdurre l'ago. Il pelo non dev'essere mai estratto finchè non si è distaccato dalla papilla e non si è reso cedevole.

L'ago deve essere prima introdotto e poscia si completa il circuito dall'infermo prendendo l'altro polo; per evitare una scossa

(1) St. Louis Courier of Medicine, Feb. 1879.

(2) Trans. Amer. Derm. Assoc.; 1878; e Phila. Med. Times, Feb. 14, 1880.

(3) Diseases of the Skin, p. 307. New York, 1876.

(4) New York Medical Record, March 22, 1879.

l'infermo non deve interrompere il circuito finchè l'ago non è stato ritirato. Il tempo necessario per ciascun pelo varierà, da 10 a 30 secondi, secondo i casi. Intorno all'apertura del follicolo ha luogo una congestione più o meno accentuata e la formazione di un ponfo, seguito talvolta da una piccola papula, pustola o alterazione rossastra. Se l'operazione è eseguita abilmente non resta cicatrice o una quasi invisibile. Il grado di dolore che accompagna l'operazione, giusta la mia esperienza, varia secondo gl'individui: può essere leggero o notevole ma raramente è così forte da rendersi intollerabile. Nella maggior parte dei casi, dopo poche sedute, si manifesta una certa tolleranza. Ordinariamente è accentuato molto sul labbro superiore e quà e là sul collo lungo il corso di certi nervi. È necessaria molta luce e quando la vista è insufficiente o gli sforzi dell'occhio sono grandi o ripetuti sarà di ajuto una lente.

L'operazione, quando trattasi di togliere peli superflui dalla faccia di una donna, si deve limitare alla estirpazione dei peli più rigidi e colorati, lasciando la lanuggine. Giusta la mia esperienza gli effetti dell'operazione sulla lanuggine non sono stati soddisfacenti. Quando trattasi di neri pelosi l'escisione o cauterizzazione di tutto il neo spesso è il più efficace e permanente metodo di cura.

I depilatorii, i rimedii di natura caustica che agiscono distruggendo i peli sono talvolta utili. Essi consistono ordinariamente di parecchie sostanze mescolate in varia proporzione, e gl'ingredienti attivi sono o il solfuro d'arsenico, il solfuro di bario, il solfuro di sodio, il solfuro di calcio, o la calce viva. Il solfuro di bario è uno de' migliori. Io posso raccomandare la seguente formula;

Pr. Solfuro di bario	grammi	7,60
Polvere di ossido di zinco		
Polvere di amido ana	»	11,40
M.		

Un'altra buona formola è la seguente:

Pr. Solfuro di sodio	grammi	7,60
Creta preparata	»	22,80
M.		

S'impastano con acqua e si applicano sulla parte pelosa da essere distrutta in forma di sottile strato, per 10 o 15 minuti. Non appena si sente calore della pelle la polvere dev'essere tolta e la superficie lavata ed immediatamente unta con qualche unguento blando. Più tardi si può applicare la polvere di amido o di magnesia per nascondere i segni della irritazione.

Questi preparati si debbono usare con cautela e soltanto sotto la direzione di un medico, giacchè a causa delle loro proprietà caustiche non di raro producono danno. Bisogna ripeterli ad intervalli di pochi giorni secondo che richiede il caso.

### IPERTROFIA DELLE UNGHIE.

L'unghia può svilupparsi in varie direzioni, per esempio in lunghezza, in larghezza o in grossezza. La parola ipertrofia dell'un-

ghia si applica a qualunque aumento di volume da qualsiasi cagione.

Talvolta si osservano unghie sopranumerarie; ovvero si vedono unghie sulle regioni del corpo ove queste normalmente non debbono esservi, per esempio sulle estremità di dita amputate, ove non può esservi stato nessun rudimento della matrice (1).

L'ipertrofia può aver luogo come un'affezione idiopatica, indipendentemente da malattie in altre parti del corpo; ovvero può manifestarsi in seguito a certe alterazioni generali o costituzionali, come l'ittiosi e la sifilide. Il processo si può manifestare come un semplice aumento dello sviluppo normale dell'unghia chiamato ONYCHIAUXIS, ovvero, come avviene più ordinariamente, può essere accompagnato da cangiamenti di colore, di consistenza e di forma. Quando l'unghia tende a crescere verso l'esterno e lateralmente, contorcendosi o curvandosi, da rassomigliare più o meno al corno di un montone, l'alterazione chiamasi ONYCHOGRYPHOSIS. Le unghie in questo caso sono molto ingrossate, dure e cornee, giallastre o brunastre, e curvate in varie forme. Possono essere così alterate una, parecchie o tutte le unghie. Ha luogo più frequentemente sulle dita del piede che su quelle della mano, e, per lo più, si osserva nei vecchi. La pelle che sta immediatamente attorno alla superficie posteriore esterna dell'unghia tende talvolta a crescere sul dorso di essa, dando origine allo stato che s'indica col nome di PTERIGIO DELL'UGNA.

L'ipertrofia delle unghie può avvenire come effetto di certe malattie della pelle, per esempio la psoriasi, l'ittiosi, la leprosi e la sifilide. Gli aspetti che si osservano in queste affezioni variano, ma ordinariamente sono contrassegnati da un maggiore o minore rammolimento e desquamazione. Talvolta avvengono ipertrofie delle papille della matrice, le quali producono un ingrossamento dell'unghia nella sua parte scoperta. Si può anche notare, come uno degli stati anormali che si osservano di quando in quando, sia come affezioni idiopatiche sia come conseguenza di altri morbi, l'aumento della sostanza colorante dell'unghia che produce un'alterazione di colore giallastra, brunastra o nerastra.

L'unghia talvolta assume uno sviluppo in direzione anormale, estendendosi lateralmente nelle parti molli. Quando ciò avviene può sorgere infiammazione della pelle e PARONICHIA. La matrice dell'unghia non di raro diviene sede d'infiammazione e di neoformazioni, seguite da cangiamenti di struttura della sostanza dell'unghia, e ciò s'indica col nome di ONICHIA. Può dipendere da offese esterne o da certe malattie. Si sa che l'eczema, la psoriasi, la leprosi e la sifilide attaccano la matrice.

L'onichia sifilitica dipende dal deposito cellulare di sifilide, il quale ha luogo sulla matrice dell'unghia, che subisce gli stessi cangiamenti patologici cui questo deposito va soggetto in altre regioni del corpo, se non che sono modificati dalle piccole particolarità anatomiche della parte. Possono alterarsi una o più unghie. Il processo spesso si estende ai tessuti cutanei che stanno attorno all'unghia, producendo rossore, gonfiore, ulcerazioni ed un copioso scolo

(1) Wilson, loc. cit., p. 709.



di liquido nocivo puriforme. Non di raro l'unghia si distacca dalla matrice.

I parassiti vegetali della tigna tricositica e della tigna favosa talvolta possono prendere stanza sopra l'unghia e dentro di essa, penetrando in tutte le direzioni, producendo aumento di volume e, in appresso, generale disintegrazione del tessuto. Ciò s'indica col nome di ONICO-MICOSI. Possono essere attaccate parecchie unghie o tutte.

**Cura.** — Questa varierà secondo la causa che si deve ricercare in ogni caso. Si usano tanto i rimedii locali quanto i generali, o soli o uniti secondo la natura della malattia. L'ipertrofia idiopatica dell'unghia si può togliere col bisturi o colle forbici dopo che l'escrescenza è stata rammollita con bagni d'acqua calda o con cotaplasmi. Generalmente è bene nella prima operazione non togliere che una parte soltanto della ipertrofia, giacchè l'unghia è soggetta a spaccarsi.

Quando le unghie tendono a svilupparsi bisogna evitare che sieno sottoposte a pressione di qualsiasi genere, non bisogna tagliarle spesso e bisogna difendere le parti molli per mezzo di filacce situate fra l'unghia e la parte cutanea. Le alterazioni dell'unghia a causa di morbi generali, come ad esempio di sifilide, si cureranno coi metodi generali adattati al caso. Le unghie attaccate da funghi devono essere curate coi parassitocidi nonchè coi rimedj interni, se questi ultimi sembrano indicati.

---

## CLASSE VI.

## ATROPHIAE — ATROFIE.

In questa classe possono essere raggruppate tutte quelle affezioni della pelle e sue parti costitutive che sono caratterizzate da una diminuzione o degenerazione degli elementi che compongono il tessuto normale. I cangiamenti che hanno luogo possono dipendere dalla semplice atrofia, come del pigmento nei capelli grigi; da un processo combinato, atrofico ed ipertrofico, in cui però predomina l'atrofia, come nella vitiligo; o dalla così detta atrofia degenerativa, come nella morfea.

La mancanza della conveniente quantità di sostanza colorante nella pelle dà origine ad una maggiore o minore alterazione che varia di grado secondo che la suddetta mancanza è più o meno accentuata. Essa può esservi o come fatto congenito o come acquisito; quando è congenito chiamasi albinismo. Quando la mancanza di pigmento cutaneo è acquisita può essere idiopatica, come nella vitiligo, o può presentarsi nel corso di altre malattie, come ad esempio nella morfea.

Il pigmento del pelo spesso manca in parte o tutto, dando origine ai varj gradi di canizie. La pelle stessa talvolta è attaccata da atrofia prematura idiopatica o in una forma diffusa o in una circoscritta, per lo più in quest'ultimo modo, come nelle strie e macule atrofiche e come nella morfea. I capelli ed il cranio stesso sono frequentemente sede di atrofia, come nell'alopecia da varie cause e nell'alopecia areata. L'unghia talvolta è anche invasa dall'affezione.

## ALBINISMO

*Sin.*, Achroma congenito; Leucopatia congenita; leucoderma congenito, leucasma congenito.

Lo stato cui si è data la denominazione di albinismo consiste nella mancanza congenita del pigmento normale. Esso può trovarsi uniformemente su tutta la superficie cutanea e in tal caso chiamasi *universale*; o in forma d'isole circoscritte, e allora chiamasi *parziale*.

Come anomalia universale si osserva in individui di varie razze che hanno ricevuto il nome di albi. Questi sono caratterizzati da una mancanza più o meno completa della sostanza colorante della pelle e dei peli ed anche dell'iride e della corioide. La pelle ha un colore bianco latte o rosa, la cui gradazione varia. I capelli, nonché le parti pelose del corpo, sono anche bianchi o bianco-giallastri; talvolta sono bianchi come la neve ed hanno un aspetto argenteo, mentre in casi molto rari, possono essere rossi, come in quello riferito da F o l k e r (1). Inoltre generalmente sono fini, sottili, molli e setacei.

Gli occhi sono sensibilissimi alla luce, tanto che appena possono

(1) Lancet, May 31, 1879.

tollerare la luce del giorno. Le pupille si dilatano e contraggono costantemente, i bulbi tendono ad oscillare e vi è quasi un continuo involontario ammiccare. Il colore dell'iride è azzurrognolo pallido o roseo, mentre la pupilla presenta un aspetto roseo o rosso chiaro, dovuto alla mancanza di pigmento nella coroide. Gli albinì in generale sono bassi di statura, son dotati di forza insufficiente ed hanno una difettosa capacità mentale. Si è detto che essi hanno quasi sempre una disposizione alle malattie del petto.

L'albinismo parziale si osserva nei negri; consiste in una o più isole di varia grandezza e forma, bianco lattiginose o bianco rosee, che possono mostrarsi in qualunque regione. I peli o la lanuggine che possono trovarsi sopra una di queste isole sono imbianchiti, come nel caso di albinismo universale; gli occhi non mancano di pigmento. I negri che presentano queste alterazioni si indicano coi nomi di « macchiati » o « vajati », e non sono rari nei nostri Stati del Sud. Talvolta ha luogo un nuovo deposito di pigmento, la pelle che era bianca diviene nuovamente nera, come in un caso riferito dal Dr. T. F. Wood (1). D'altra parte non sono rari i casi in cui l'atrofia del pigmento giunge a tal grado che larghe aree cutanee divengono bianche. Marcy (2) dà un'importante relazione dei ben noti Cape May Albinoes i cui genitori erano « splendidi tipi della razza africana ». In questa famiglia vi erano tre negri e tre albinì. I primi due figli erano maschi e negri che furono seguiti da due femmine albine; poi nacque una femmina nera, ed in ultimo un altro maschio albino.

L'albinismo, qualunque sia raro, si osserva in tutte le razze, tanto fra quelle dei climi freddi come fra quelle dei climi caldi; in Africa, nelle varie contrade di Europa e nei nostri paesi, massime fra i negri. Le cause sono ignote. Frequentemente, ma non sempre, è ereditario. In una famiglia può presentarlo soltanto un bambino,

### VITILIGO.

*Sin.*, Leucoderma acquisito; Leucopatia acquisita; Leucismo acquisito; Acroma acquisito; Pelle macchiata acquisita.

La vitiligo è una malattia acquisita, la quale consiste in una o più macchie ordinariamente ben circoscritte, rotonde, ovoidali, o irregolarmente conformate, variamente sviluppate e distribuite, levigate, biancastre, i cui margini ordinariamente mostrano un aumento della quantità normale di pigmento.

**Sintomi.** — La malattia comincia con la presenza di una o più macchie di varia grandezza, le quali s'ingrandiscono con lentezza o con rapidità e di quando in quando se ne presentano altre. Il numero varia da parecchie ad una dozzina o più. Ordinariamente, però, non sono numerose. I loro confini sono ben definiti sulla pelle, che è ordinariamente più scura della normale, e per lo più brunastra. Hanno la superficie liscia e stanno al medesimo livello con la pelle circostante, poichè non sono nè protuberanti nè depresse. Quanto alla forma per lo più sono rotonde; frequentemente sono anche ovali e, talvolta, massime sulla faccia, angolose ed irregolari. La loro

(1) Medical Examiner, July 19, 1877.

(2) Amer. Jour. of the Med. Sci., 1839.



grandezza varia secondo la loro data e la rapidità con cui si estendono; comunemente sono di tutte le grandezze, da quella di una piccola moneta a quella della palma della mano ed anche più. Finalmente, estendendosi le une verso le altre, confluiscono e formano più larghe isole, che possono coprire la maggior parte di un arto o del tronco. Hanno un colore bianco lattiginoso, la cui gradazione varia alquanto e che dipende manifestamente dalla mancanza del pigmento normale della pelle. I peli che trovansi nel loro perimetro possono essere o no imbiancati. Le secrezioni sebacea e sudorifera rimangono normali; la pelle, al tatto, dà la sensazione di una pelle normale. La sensibilità è del pari conservata, non essendovi nè prurito, nè dolore, nè anestesia. L'aumentato grado di colore delle parti circostanti alla vitiligo è un fatto che non manca mai; talvolta si presenta in grado leggero, tal'altra accentuato. È una pigmentazione diffusa che diviene più intensa a misura che si va più vicino alle vitiligo e che queste si toccano; di là di esse si va sperdendo gradatamente nella cute sana.

La malattia si può manifestare sopra qualunque parte del corpo, dal vertice del capo ai piedi, tanto sulle regioni pelose quanto su quelle sprovvedute di peli. Nella maggior parte dei casi si presenta sul dorso delle mani e sul tronco. Il corso della malattia è cronicissimo; ordinariamente dura per tutta la vita, le macchie si fanno lentamente più grandi e numerose, finchè la maggior parte della pelle ne è invasa. La deformazione è grande ed è causa di continue noie all'infermo, massime se le lesioni si mostrano sulla faccia (1). Le lesioni ordinariamente sono più accentuate nell'estate che nell'inverno.

**Etiologia.** — La malattia è del tutto rara; si osserva in ambo i sessi, negl'individui con pelle chiara e in quelli con pelle scura, più spesso in questi ultimi, e nelle varie razze. Ordinariamente si mostra la prima volta nei primi anni dell'età adulta, comechè si possa osservare spesso nella fanciullezza. Lo stato generale di salute ordinariamente è buono. Per lo più non si può assegnare nessuna causa soddisfacente al suo sviluppo; sembra che dipenda da qualche disturbo d'innervazione. Osservasi talvolta insieme ad altre malattie cutanee, come al morbo di Addison, all'alopecia areata ed alla morfea.

**Patologia.** — Il processo consiste in un'atrofia e in una ipertrofia del pigmento normale della pelle, le quali sembra che abbiano luogo simultaneamente. Sembra che una parte della pelle si alteri a spese dell'altra. L'esame microscopico mostra una mancanza totale della sostanza colorante nei siti biancastri, mentre l'alterazione di colore giallastro o brunastro che circonda ciascuna macchia fa notare un eccesso di pigmento.

**Diagnosi.** — La malattia non devesi confondere col cloasma a cui rassomiglia. Nella vitiligo le macchie sono biancastre, chiaramente definite e circondate da pigmentazione. Nel cloasma la macchia stessa è giallastra o brunastro e non vi si osserva nessuna specie di tinta bianchiccia.

Si può anche confondere con la tigna versicolore; ma in questa,

---

(1) Veggasi la tavola M del mio *Atlas of Skin Diseases*.

come nel cloasma, le lesioni stesse sono giallastre, e la pelle interposta fra esse è di colore normale. Inoltre nella vitiligo la cute è perfettamente levigata e senza desquamazioni; nella tigna versicolore la superficie cutanea è sempre sede di una maggiore o minore desquamazione furfuracea. Il microscopio coadiuverà anche la diagnosi.

La vitiligo si deve inoltre distinguere dalla morfea. Le due malattie, però, differiscono per tante particolarità da essere difficilissimo il confonderle; le lesioni di morfea possono sempre essere riconosciute dall'alterazione che ha luogo nella struttura del derma.

**Cura.** — Quando la salute è alterata o quando vi è qualche disturbo funzionale bisogna rivolgere molta attenzione allo stato generale. Una generosa cura tonica, che comprenda l'arsenico, il quale, secondo me, è il migliore rimedio, si deve prolungare per qualche tempo, senza dubbio questo metodo presenta le migliori probabilità per arrestare il processo.

Quanto alla cura locale il maggior successo seguirà all'allontanamento delle alterazioni di colore giallastro e brunastro che stanno intorno le lesioni. L'ipertrofia del pigmento più che l'atrofia è quella che si deve curare, seguendo le norme descritte nel parlare del cloasma. I tratti biancastri possono anche essere stimolati, per esempio con aceto di cantaridi che si passa leggermente col pennello di quando in quando alla loro superficie, allo scopo di mantenere una congestione nei capillari. Si può anche usare la corrente galvanica. In complesso la cura della vitiligo è molto insoddisfacente.

**Prognosi.** — Le lesioni in generale tendono ad estendersi con molta lentezza, impiegando anni ad occupare una notevole porzione della superficie cutanea. Di raro si arrestano permanentemente nel loro corso. Talvolta, però, ciò avviene, ed allora rimangono immutate per tutta la vita. In rari casi la pelle è ritornata nuovamente allo stato normale. In un caso da me osservato ebbe luogo un notevole miglioramento spontaneamente nel corso di parecchi anni. La malattia, oltre la deformità, non produce nessun sintomo spiacevole.

### CANIZIE.

*Sin.*, Colore grigio dei capelli; Bianchezza dei capelli; Imbianchimento dei capelli; Atrofia del pigmento dei capelli; Trichonosis cana; Trichonosis discolor.

La canizie si può manifestare o prematuramente nei primi periodi della vita o, com'è il caso più comune, tardi, quale conseguenza della vecchiaia ed allora chiamasi canizie senile. Il divenire grigi prematuramente i capelli può essere un fatto o generale, implicando tutto il sistema capillizio, o parziale qua e là, formando ciocche o fiocchi di capelli grigi o bianchi. L'alterazione può essere di qualsiasi gradazione, dal nero o bruno al bianco; ordinariamente è grigia. L'alterazione di colore dei capelli può avvenire o in tutta la loro lunghezza o soltanto in alcuni punti; la gradazione del colore può anche variare nei diversi siti. Wilson (1) ricorda un caso in cui ogni capello presentava in tutta la sua lunghezza un alternarsi di

(1) Lectures on Dermatology. London, 1878.

bruno e di bianco, e la parte bianca dipendeva dall'accumulazione di globettini d'aria fra gli elementi del capello. La canizie può manifestarsi in qualsiasi età, ma di raro si osserva prima dell'età adulta. Dopo che è avvenuta i capelli o restano per tutta la vita senza la loro quota normale di sostanza colorante o raramente, dopo un periodo più o meno lungo, la ricuperano, come nei casi citati da Wilson ed in altri casi riferiti da Leonard (1). Molto raramente in certi individui possono avvenire parecchie alterazioni di colore. Il capello può anche cambiare il suo colore a seconda delle stagioni, divenendo grigio l'inverno e ritornando di colore più scuro l'estate (2). Wallenberg (3) riferisce un importante caso in cui, dopo la scarlattina, accompagnata da desquamazione insolitamente grave e completa, le ungue ed i peli di tutta la superficie cutanea caddero e furono sostituiti da pelle bianco-lattea e da peli bianchi come negli albin, mentre, precedentemente, il colore della pelle era stato scuro.

Il tempo che impiegano i capelli per cambiare totalmente il loro colore varia moltissimo. La questione se essi possono perdere repentinamente il loro colore, per esempio in 24 ore, è diversamente risolta dagli osservatori, ma io credo che l'evidenza è più che sufficiente per credere che ciò possa avvenire. Fra gli altri Wilson (4) e Landois (5) possono essere citati fra gli autori che credono in questo fatto; quest'ultimo osservatore cerca di spiegare il fenomeno con la presenza di bollicine d'aria che, secondo lui, invadono il capello. Vi sono casi a sufficienza per dimostrare che ciò può essere, e nelle opere di Wilson (6), di Tuke (7) di Leonard (8), e di altri ve ne sono riferiti di data più recente. Il fatto avviene ordinariamente dietro un urto nervoso o per l'influenza di una forte emozione, più specialmente di timore e di dolore. Hebra e Kaposi (9) d'altra parte credono che il cangiamento di colore possa aver luogo soltanto gradatamente, e che perciò non si possono ritenere come assolutamente veri i casi in cui l'imbianchimento dei capelli è avvenuto, per esempio, « nel corso di una notte ». I rimedii interni non hanno alcuna influenza a rifare il pigmento.

### ATROFIA DELLA CUTE.

*Sin.*, Atrophia cutis propria; Atrofia della pelle.

L'atrofia della pelle è caratterizzata o da una diminuzione della sua massa o da una degenerazione dei suoi elementi. La semplice atrofia è contrassegnata da una generale diminuzione di numero

(1) The Hair. Detroit, 1880, p. 127.

(2) Wilson. Lectures on Dermatology, 1878, p. 171.

(3) London Medical Record, June 15, 1876.

(4) Loc. cit., p. 732.

(5) Veggasi un importante caso di « repentino imbianchire dei capelli » riferito da questo scrittore nei Virchow's Archiv, April, 1866.

(6) Loc. cit.

(7) Influence of the Mind upon the Body, Amer., ed., p. 276, Phila., 1873.

(8) Loc. cit.

(9) Loc. cit., vol. iii. p. 192.



dei costituenti normali del tessuto; la pelle è senile, più o meno deteriorata e presenta un aspetto secco aggrinzito. L'atrofia degenerativa presenta alterazioni di struttura, con o senza perdita di sostanza. Il tessuto così alterato per lo più si vede indurito, giallastro o biancastro, ed ha un aspetto cereo, adiposo, lardaceo. L'atrofia della pelle può essere generale, come l'atrofia senile e come avviene in certe rare forme di malattia, o parziale, come nelle linee e macule atrofiche e nella morfea.

Per quanto sappiamo si può manifestare come una malattia sostantiva (atrofia idiopatica); o come un sintomo evidente nel corso di qualche altra alterazione, o come conseguenza di offesa ad uno o più dei grandi nervi (atrofia sintomatica). La prima si osserva nelle linee e macchie atrofiche, nella morfea e nell'atrofia senile; la seconda insieme o consecutivamente a certe alterazioni generali e locali, come ad esempio la seborrea, il lupus, la sifilide e la tigna favosa. Quando l'atrofia dipende da un'offesa ad un nervo, come ha mostrato Mitchell (1) i tessuti spesso vanno soggetti a notevoli cangiamenti atrofici, i muscoli si consumano, il tessuto connettivo sottocutaneo sparisce e la pelle diviene sottile, aggrinzita, secca e ruvida, giallastra o brunastra (2). I peli e le unghie possono anche degenerare.

A questo proposito, come effetto di una nutrizione difettosa, lo stato conosciuto col nome di PELLE LUCIDA si può qui ricordare; lo hanno descritto Paget (3) e Mitchell, Morehouse e Keen (4) e, più recentemente, Mitchell (5). La pelle (generalmente delle estremità, massime delle dita) diviene rosea o rossastra, levigata, lucente e liscia, come se fosse verniciata, e le lesioni rassomigliano a quelle dei geloni. Le parti alterate ordinariamente perdono i peli, la pelle perde le sue linee naturali e talvolta mostra escoriazioni e fenditure. Quest'alterazione è accompagnata da dolore bruciante, ed è conseguenza delle nevralgie ostinate, delle ferite e delle altre lesioni dei tronchi nervosi. Cangiamenti simili talvolta avvengono nell'atrofia muscolare progressiva, a causa dell'alterata nutrizione nella parte passionata. Baime (6) ha raccolto una serie di casi in cui i cangiamenti trofici, principalmente delle mani, erano evidenti, e consistevano nella infiammazione della matrice dell'unghia, nello spaccamento ed ingrossamento della stessa, in escoriazioni, in ragadi, in ulcerazioni, in gonfiore edematoso ed infiammatorio della pelle, in emorragie e bolle.

L'atrofia cutanea generale idiopatica è molto rara, ma di quando in quando se ne sono riferiti casi.

Così, col nome di « atrofia generale della cute » Wilson (7)

(1) *Injuries of Nerves and their Consequences*, Philadelphia, 1872.

(2) Il caso di neuroma della pelle a cui si accenna in quest'opera, e in cui una porzione del plesso brachiale dei nervi era recisa, mostra questi cangiamenti atrofici in una maniera molto accentuata.

(3) *Medical Times and Gazette*, March 24, 1864.

(4) *Gunshot Wounds and Other Injuries of the Nerves*, Philadelphia, 1864.

(5) *Loc. cit.*, p. 155.

(6) *Archiv der Heilkunde*, 1875, p. 327.

(7) *Loc. cit.*, pp. 393, 394.

descrive il seguente caso della signora L. Questa, che precedentemente godeva buona salute, cadde in preda a disturbi morali, divenne debole e malaticcia, e si lamentava di grave dolore sotto il cuore. La pelle in pochi giorni divenne scura, si alterò il suo colore qua e là e si gonfiò, specialmente sulle mani e sui piedi. Dopo breve tempo la pelle della regione anteriore del collo e del petto si contrasse visibilmente e l'inferma dava l'impressione di una persona che fosse stata afferrata strettamente. Alcuni mesi più tardi cadde in uno stato di grande depressione, aveva insonnio e rifiutava di parlare e di mangiare. Amendue le mani in quell'epoca erano molto gonfie; più tardi divennero rigide. Le mani ed i piedi erano sempre freddi e, se la signora si eccitava, mostravano insieme al naso una tinta purpurea. La pelle delle braccia, della faccia, del collo e del petto era dura e contratta e d'un colore oliva scuro; in ultimo divenne estremamente emaciata e la sua pelle tanto contratta da sembrare che non bastasse a coprire il suo corpo, ed il labbro inferiore cadde in giù abbandonato, mostrando i denti e le gengive. Le sue dita erano curve, contratte ed ulcerate; la sensibilità cutanea era attutita ed i movimenti del corpo si compievano con difficoltà.

Io credo che questo caso presentasse le note tanto della morfea quanto dello scleroderma e che si potesse ritenere come un caso di grave e speciale forma di amendue queste malattie.

Casi simili sono descritti da Hebra e da Kaposi (1) col nome di « Xeroderma » o di « pelle pergamenacea », che essi riguardano come una forma d'atrofia della pelle, diffusa, idiopatica. Essi descrivono due casi, nel primo trattavasi di una giovanetta di 18 anni che aveva sofferto questa malattia fin dalla prima fanciullezza. La pelle della faccia, delle orecchie, del collo, delle braccia e del petto a livello della 3<sup>a</sup> costola, era molto tesa come se fosse contratta. Si sollevava con molta difficoltà in pieghe, e si sentiva che era levigata in alcuni punti, mentre in altri si desquamavano sottili lamelle epidermiche; oppure vi erano solchi schiacciati, lineari, sull'epidermide; talchè la sua superficie sembrava secca come pergamena e aggrinzita, mentre la vera pelle era molto stirata. Qua e là si vedevano tratti bianchi e senza pigmento, mentre altrove era copiosamente picchiettata da macchie disseminate puntiformi o della grandezza di una lenticchia, giallastre o bruno scure, pigmentate, somiglianti a quelle delle lentiggini, che davano alla pelle un aspetto notevolmente screziato. Quà e là vi erano telangiectasie rosso vive quanto una testa di spillo o una lenticchia. Il tessuto adiposo sottocutaneo non era notevolmente diminuito; la sensibilità non era alterata. Oltre ad una sensazione di stringimento, l'inferma non aveva sintomi subiettivi. Al livello della 3.<sup>a</sup> costola e sul terzo superiore del braccio l'alterazione cutanea cessava con una linea quasi brusca di separazione. Da ivi in giù la pelle delle mammelle, di tutto il tronco e delle estremità era levigata, pieghevole, fina ed in realtà normale. Lo stato generale di salute era buono. A causa della contrazione della pelle le palpebre inferiori erano tratte in giù e, da un lato, la cornea era ulcerata. Il naso verso la punta

(1) Loc. cit., vol. iii. p. 252.

sembrava compresso a causa della contrazione della pelle. Le labbra non si potevano allontanare l'uno dall'altro che leggermente.

Nel secondo caso trattavasi di una ragazza di 10 anni, la quale soffriva questa malattia fin dalla prima fanciullezza. La pelle della faccia, fino alla regione submascellare e quella delle superficie di estensione delle braccia e delle mani mostravano la pigmentazione screziata come nel primo caso. L'epidermide, massime sulle palpebre e sulle guance, era corrugata e accartocciata; le palpebre inferiori erano tratte in giù e producevano ectropion. Le aperture orale e nasale erano impicciolite. La pelle era moderatamente tesa e si sollevava a pieghe con difficoltà. I tessuti sottocutanei non erano alterati. Il naso era la sede di un tumore piriforme, rosso, granulante, con ragadi e segregava un liquido sanioso di cattivo odore, insomma era un epiteloma.

Casi simili sono stati riferiti da Glax (1) e Geber (2). Quello di Glax presentava note comuni con la morfea e si potrebbe ritenere come una forma atrofica di questa malattia.

A questo proposito possiamo ricordare i casi descritti da R. W. Taylor (3) sotto il nome di « xeroderma di Hebra (5) ». Il Dott. Taylor riferisce 7 casi, dei quali 3 sono passati sotto la mia osservazione. Cinque di questi casi avvennero in due famiglie. Quando la malattia è pienamente sviluppata è contraddistinta in primo luogo dalla presenza di numerose macchie disseminate quanto una testa di spillo o un mezzo pisello, giallastre, brunastre o nerastre, per nulla diverse, sia per aspetto, sia per natura, dalle lentiggini, che si manifestano principalmente sulla faccia, sul collo, sul tronco, sulle braccia, sulle avambraccia e sulle mani. In secondo luogo dallo sviluppo di telangiectasie quanto una punta o una testa di spillo o un mezzo pisello, o aggregati di capillari più o meno circoscritti, dilatati, quà e là fra le lentiggini; telangiectasie, che, nonpertanto, sono di gran lunga meno numerose di queste ultime. In terzo luogo da macchie atrofiche di varia grandezza e forma, per la maggior parte quanto una testa di spillo o mezzo pisello e più, biancastre, levigate, sottili, lucenti, simili a cicatrici, che non differiscono per nessuna particolarità essenziale dalle macchie atrofiche ordinarie. Finalmente nelle forme più gravi della malattia sulla faccia, nei casi di Taylor, si osservarono tumori di varia grandezza della natura dell'angiomixoma.

Il corso della malattia, secondo Taylor, è il seguente. Vi ha prima un periodo d'iperemia generale con dilatazione dei capillari e consecutiva formazione di telangiectasie. Dopo un tempo variabile queste neo-formazioni subiscono un'atrofia, lasciando in loro vece macchie brunastre, che costituiscono il 2° periodo; mentre il 3° consiste nella continua neo-formazione di vasi sul sito di quelli già atrofizzati

(1) Viertel. für Derm. u. Syph., Heft 1, 1874; riportato negli Archives of Dermatology, vol. i. No. 3.

(2) Alleg. Wiener Med. Ztg., Nro. 35, 1874; riportato nel Viertel. für Derm. u. Syph., Heft 1, 1875, p. 114.

(3) Trans. Amer. Derm. Assoc., 1878.

(4) Amer. Jour. of the Med. Sci., Oct. 1878.

(5) Il nome « angioma pigmentosum et atrophicum » è stato proposto dal Dr. Taylor per questa malattia.



e nella consecutiva atrofia della pelle stessa. Da uno studio della malattia nel mio caso — che era mite — venni alla conclusione che le lesioni pigmentarie avvennero per le prime, dopo un tempo variabile furono seguite dallo sviluppo di telangiectasie che, alla loro volta, si contrassero, si atrofizzarono, sparvero e furono sostituite da macchie atrofiche. Credo però che sia discutibile se il processo segue un corso definito ed invariabile.

I casi riferiti da Taylor costituiscono un'importante contribuzione a questo argomento e mostrano che la malattia può essere di tipo mite o grave. Tutti i casi, tranne uno, furono osservati in fanciulle e nei primi mesi o anni della vita, per lo più nel primo anno. Lo stato generale di salute resta buono.

Hutchinson (1) riferisce un caso in cui una grande emaciazione fu seguita da uno stato di durezza della pelle. L'inferma era una giovane donna ebrea, la quale divenne estremamente gracile e la sua faccia si fece rigida, vitrea, talchè essa poteva appena chiudere gli occhi o la bocca. La pelle del tronco e delle estremità trovavasi in simile stato comechè in grado minore. Un caso di « atrofia cutanea idiopatica emilaterale » che passionava una gran parte del lato sinistro dell'addome, il fianco e la gamba dello stesso lato, con pigmentazione ed ipertrofia dei capillari cutanei, è anche riferito da Atkinson (2).

I casi da me citati sono così rari e, al tempo stesso, così singolari che è difficile dar loro un posto preciso nella classificazione, e, per ora, possono restare dove furono messi, cioè fra le atrofie. Secondo me, però, alcuni di questi casi debbono certamente essere raggruppati con la morfea, come ad esempio quello di Atkinson, o con lo scleroderma. Il gruppo di malattie, di cui la morfea e lo scleroderma possono essere presi come tipi, vuoi che si ritengano come ipertrofie, vuoi come atrofie, è uno di quelli che, secondo me, deve includere certe altre forme di malattia finora ritenute come diverse.

## STRIE E MACULE ATROFICHE.

*Sin.*, Linee e macchie atrofiche.

Questa forma di atrofia può essere o idiopatica o sintomatica.

**Idiopatica.** — Questa specie di atrofia si manifesta senza causa nota, spesso tanto subdolamente e lentamente che l'infermo non vi rivolge l'attenzione se non quando è già ammalato da qualche tempo. Le lesioni possono assumere la forma o di linee o di strisce (ATROPHIA CUTIS LINEARIS; STRIAE ATROPHICAE, ATROFIA LINEARE), o di macchie (MACULE ATROFICHE); le prime sono molto più comuni. Le strie per lo più sono larghe una o due linee e la loro lunghezza può giungere a parecchi pollici; le macchie sono rotonde od ovali e della grandezza di una testa di spillo a quella di un pisello o dell'ugna di un dito. Quando sono pienamente sviluppate amendue le forme di lesione hanno un aspetto levigato, lucente, simile a cicatrici; sono sensibilmente assotigliate al tatto, leggermente de-

(1) Loc. cit., pag. 344.

(2) Richmond and Louisville Medical Journal, Dec. 1877.

presse o incavate, e sono biancastre o grigio-azzurrognole o color madreperla. Le linee ordinariamente hanno un corso irregolare, interrotto, curvo o ondulatorio. Generalmente sulla stessa regione se ne trova un certo numero, nel quale caso, per lo più, decorrono parallelamente le une alle altre e quasi sempre in una direzione obliqua. In generale le macchie sono isolate. Possono presentarsi su qualunque parte del corpo, ma si vedono più frequentemente sulle natiche, sui troncanteri, sulla pelvi e sulle cosce, tanto sulla superficie di flessione quanto su quella di estensione. Non danno origine a nessun disturbo. Ordinariamente seguono un corso cronico che dura anni. La loro causa è oscura; si osservano in ambo i sessi e in tutti i periodi della vita; talvolta si osservano come uno dei sintomi della morfea.

Secondo asserisce Wilson (1) e Liveing (2) e secondo ciò che io stesso ho osservato le lesioni (certamente in alcuni casi) si manifestano da principio in forma di macchie o linee eritematose di una tinta rosa o violacea, costituita da capillari iperemici (come nel primo periodo della morfea) le quali presto o tardi sono seguite da cangiamenti atrofici ed eventualmente dalle lesioni caratteristiche che hanno dato origine al nome di strie e di macule atrofiche. Il primo periodo del processo, però, non è un'atrofia, ma piuttosto un'ipertrofia. Liveing riferisce un caso che fu sotto la sua osservazione per 6 o 7 anni, nel quale potette notare i varii periodi, inclusa la più o meno completa obliterazione delle più antiche lesioni. Qui si possono ricordare i casi riferiti da Wilson (3) e da Taylor (4). Il rapporto di questa malattia con la morfea s'intende da sé. Senza dubbio dipendono dalla stessa causa. Il primo periodo delle lesioni, come io ho già detto, è identico a quello che ha luogo nel primo periodo di alcuni casi di morfea, ed in parecchi casi io ho visto accentuate linee atrofiche e macchie insieme alle più caratteristiche isole di morfea.

Kaposi (5) esaminò una linea atrofica escisa e trovò l'epidermide, massime lo strato mucoso, molto atrofizzata; le papille del derma, quasi totalmente obliterate; il connettivo ed il tessuto elastico in forma di fascetti molto sottili, i vasi sanguigni scarsi e fini, il grasso delle cellule mancante e le glandole sebacee deteriorate e degenerate.

**Sintomatologia.** — L'atrofia, in questo caso, dipende da varie cause, come dall'estrema tensione dei tessuti cutanei nella gravidanza, nei grossi tumori addominali e di altre regioni e nelle mammelle durante l'allattamento. La pelle in queste condizioni si stirava enormemente e, in ultimo, si formano linee che consecutivamente si atrofizzano (LINEE ALBICANTI). Secondo Langer (6) le lesioni non dipendono dalla rottura ma dallo spostamento del tessuto connettivo.

(1) Diseases of the Skin. London, 1867.

(2) British Medical Journal, Jan. 19, 1878.

(3) Journal. of Cutaneous Medicine, vol. i. No. 2, 1867. In questo lavoro si troveranno casi i quali senza dubbio sono esempi di morfea.

(4) Archives of Dermatology, vol. ii. No. 2, 1867.

(5) Loc. cit., vol. iii. p. 262.

(6) Anzeiger der K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Nro. 28, 1879. Abstract in London Medical Record, April 15, 1880.

I fascetti connettivali della pelle formano rombi allungati che quando la pelle è distesa, si stirano molto facilmente lungo il loro asse. Le strie sono prodotte dal violento stiramento, giacchè i fascetti divengono in parte paralleli e restano in questa posizione.

### ATROFIA SENILE.

Questa forma di atrofia, come indica il nome, è una conseguenza della vecchiaia. Le alterazioni che si osservano sono di natura svariata, giacchè passionano non solo il derma ma anche le sue parti componenti e i tessuti sottocutanei. Il processo può essere o semplice o degenerativo; per lo più hanno luogo amendue insieme. Nell'atrofia semplice la pelle, massime il derma, per lo più è sottile; la sua superficie, inoltre, è secca ed aggrinzita, di colore più o meno alterato, e vi sono segni di generale emaciazione. Secondo Neumann (1) l'epidermide è assotigliata; le papille del derma, o mancano del tutto o sono diminuite di volume; i cangiamenti pigmentarii sono irregolari, i follicoli o sono ben conservati o distrutti, il pelo manca o si mostra soltanto in forma di lanuggine. Le glandole sebacee presentano sempre segni caratteristici e variano secondo la regione. Nelle parti in cui vi è lanuggine o sono distrutte o sono trasformate in cisti (milio). Dove i peli sono grossi esse sono dilatate e distese. Le glandole sudorifere non mostrano alterazione di struttura. Nell'atrofia degenerativa il tessuto connettivo del derma si trasforma in un' infiltrazione di sostanza granulare, fina (degenerazione granulare) o in una massa vitrea omogenea (degenerazione vitrea). Ha luogo anche la degenerazione grassa e pigmentaria.

### ALOPECIA.

L'alopecia è uno stato di più o meno completa calvizie dipendente da un insufficiente sviluppo del capello, qualunque sia la causa.

Le varietà di alopecia s'indicano secondo le cause che hanno prodotto l'alterazione, ed anche secondo il principale carattere che si vuole fare risaltare.

**ALOPECIA CONGENITA.** — La mancanza di capelli, sia parziale sia totale, può essere un fatto congenito. Sono riferiti rari casi nei quali gl'individui nacquero senza capelli, come quello riportato da Schede (2) in cui un esame microscopico di tratti della pelle cranica escisi non mostrò la presenza di bulbi piliferi. Molto più frequentemente però i capelli sono scarsi o sono sviluppati soltanto in certi siti. In questi casi anomali si può ordinariamente notare una predisposizione ereditaria alla mancanza dei capelli; in alcune famiglie si nota la scarsezza di questi elementi.

**ALOPECIA SENILE.** — **CALVIZIE DELLA VECCHIAIA.** — Questa si manifesta con la perdita permanente dei capelli e con una generale atrofia dei tessuti cutanei. Comincia, nella maggior parte dei casi, sul vertice del capo. Si osserva negl'individui di età avanzata e nei vec-

(1) Loc. cit., p. 302; veggasi anche Hebra und Kaposi, vol. iii. p. 258.

(2) Archiv für Klin. Chir., Bd. xiv.



chi. L'epoca precisa in cui comincia varia molto secondo i casi. Ordinariamente i capelli divengono grigi e, dopo, col tempo, sottili e secchi e cadono, o lentamente o con rapidità, senza essere sostituiti da altri. Come si sa questa specie di calvizie attacca molto più gli uomini che le donne, e finora non si è data una soddisfacente spiegazione di questo fatto. I peli delle altre regioni del corpo vanno pure soggetti a maggiore o minore atrofia, ma di raro ad un grado così avanzato ed in un periodo così precoce come sul cranio. Le alterazioni degli elementi cutanei trovate nella calvizie senile sono state studiate da Neumann (1) e da Pincus (2). I cambiamenti variano alquanto secondo la cronicità del caso ed altre circostanze, ma ordinariamente consistono in una notevole atrofia dei follicoli delle glandole sebacee e della pelle stessa.

**ALOPECIA PREMATURA IDIOPATICA. — CALVIZIE PREMATURA IDIOPATICA. — ALOPECIA SEMPLICE.** — Qui il processo può aver luogo o rapidamente nel corso di settimane o mesi o, come avviene in generale, lentamente, nel periodo di anni. I capelli possono incominciare a cadere in qualunque epoca dopo la pubertà, quantunque, per lo più, la malattia non cominci a manifestarsi prima dei 25 o 30 anni. In tutto il tempo in cui cadono i capelli il cranio sembra apparentemente sano, poichè in nessun'epoca vi sono evidente seborrea o altri segni di malattia. A principio cadono di quando in quando solo pochi capelli, e questi sono sostituiti immediatamente da capelli più corti e più fini, i quali cadono alla loro volta e sono sostituiti da altri anche più fini. Coll'andar del tempo anche questi cessano di spuntare, e allora si costituisce la calvizie completa. D'altra parte talvolta si può arrestare parzialmente la malattia nei suoi progressi, e per un certo tempo possono nascere anche capelli normali; ma il miglioramento non è duraturo, può restare una calvizie simile alla calvizie senile.

Questa forma di alopecia è estremamente comune. Si osserva in ambo i sessi, quantunque molto più frequentemente negli uomini. Come l'alopecia senile, ordinariamente comincia sul vertice del capo e si estende innanzi fino alla fronte abbracciando lo spazio compreso fra le protuberanze parietali. Pincus (3) trovò col microscopio un aumento del tessuto connettivo del derma ed un'adesione di questo agli strati sottostanti che, a causa della disposizione degli alterati fascetti, comprimevano, distruggendole, le radici dei capelli. L'alterazione, dunque, è un indurimento più che un'atrofia.

**ALOPECIA PREMATURA SINTOMATICA.** — Sotto questo nome bisogna aggruppare un certo numero di forme di calvizie più o meno completa, cagionata da varie malattie locali o generali. La perdita dei capelli può essere temporanea o permanente. La rapida caduta dei capelli (*defluvium capillorum*) può seguire certe malattie generali, ad esempio febbri gravi e, per lo più è un fatto transitorio. Le alterazioni nervose, le violenti scosse del sistema nervoso e i disordini mentali sono anche cause note di perdita repentina o gra-

(1) *Lehrbuch der Hautkrankheiten*, Wien, 1880.

(2) *Virchow's Archiv*, Bd. xliii.

(3) *Berlin. Klin. Wochenschr.*, No. 4 and 5, 1875.

duale dei capelli. Le malattie che direttamente passionano le glandole sebacee ed i follicoli piliferi debbono essere ritenute come le cause più comuni della calvizie permanente. Fra esse occupa un posto eminente la seborrea cronica secca, ed è una sorgente feconda di alopecia che ha luogo come conseguenza di atrofia degli elementi glandolari. Il lupus eritematoso che attacca il cranio è anche seguito da isole di calvizie, che possono essere permanenti.

Fra le cause locali possiamo ricordare come produttrici di maggiore o minor grado di alopecia certe malattie infiammatorie che attaccano il capo, come l'erisipela, la psoriasi, l'eczema, il vajuolo; in questi casi i capelli ordinariamente ritornano col ritornare della sanità generale. Le malattie parassitarie, come la tigna tonsurante, la tigna favosa, sono anche comuni cause locali di calvizie, e ordinariamente è temporanea, giacchè i nuovi capelli ritornano in uno stato sano, salvo il caso che il follicolo non sia stato distrutto. La sifilide, la leprosi ed altre alterazioni gravi costituzionali cagionano anche alopecia.

**ALOPECIA SIFILITICA.** — La perdita dei capelli può avvenire in due periodi durante il corso della sifilide. Si osserva come uno dei primissimi sintomi, e poi si torna ad osservare più tardi come conseguenza o di un'infiltrazione e ulcerazioni specifiche e circoscritte del capo, o dello stato cachettico in cui l'individuo può cadere. Può dipendere da una causa locale, come da un sifiloderma disseminato eritematoso, papuloso o pustoloso, o da una causa generale non accompagnata da lesioni cutanee. La prima varietà di alopecia si osserva con le prime manifestazioni sifilitiche. I capelli divengono ruvidi, secchi, fragili, cedevoli e cadono più o meno uniformemente da tutte le parti del capo. Le proporzioni in cui avviene la caduta dei capelli variano estremamente; possono cadere in tanto scarso numero da farne appena accorgere l'individuo, o in tale quantità da produrre parziale calvizie. Anche i peli delle altre parti del corpo possono andar soggetti a simili contingenze. In breve tempo, però, massime dietro la cura, ritornano, raramente costituendosi un'alopecia permanente. La perdita dei capelli ha luogo anche più tardi nel corso della malattia e possono riprodursi o no. L'alopecia circoscritta permanente per lo più è la conseguenza di lesioni ulcerative.

**Cura.** — I rimedii adoperati contro le forme di alopecia testè enumerate variano secondo lo stato della parte e la causa del male. L'alopecia congenita di raro è così notevole da richiedere una cura; quando, però, è in tal grado da produrre una deformità si può stimolare la superficie da cui sono caduti i capelli con preparati oleosi e rimedii stimolanti, come quelli ricordati a proposito dell'alopecia ad aree. Per la calvizie senile non v'è rimedio. L'alopecia semplice prematura richiede che si rivolga l'attenzione allo stato generale di salute; si farà un uso giudizioso prolungato di lavande alcaline o alcooliche, seguite da olii stimolanti, come nel caso dell'alopecia ad aree.

L'alopecia sintomatica, conseguenza di malattia in altre parti del corpo o di malattia che passiona i capelli e le glandole sebacee, deve essere curata secondo la natura dell'affezione primaria. Nelle alterazioni infiammatorie del capo, come ad esempio la pso-

riasi, il processo flogistico deve essere arrestato tanto coi mezzi locali quanto coi generali raccomandati nel discorrere di queste malattie. Nelle affezioni parassitarie si deve distruggere il parassita e togliere con la depilazione i capelli ammalati. La calvizie che dipende da gravi disordini costituzionali, come la sifilide, si curerà localmente coi preparati oleosi e colle lavande stimolanti e internamente coi rimedii opportuni. La cura dell'alopecia che segue la seborrea cronica del capo trovasi descritta nel parlare di questa malattia. I rimedi ed i preparati esterni più o meno modificati riferiti nel discorrere della cura dell'alopecia ad aree e della seborrea si possono adoperare tutti per le varie forme di calvizie.

### ALOPECIA CIRCOSCRITTA.

*Sin*, Area Celsi; Alopecia Circumscripta; Porrigo Decalvans; Tinea Decalvans.

L'alopecia ad aree è una malattia atrofica del sistema pilifero caratterizzata dalla ordinaria e subitanea apparizione di una o più isole di calvizie, circoscritte, biancastre, la cui forma e grandezza variano, ovvero da una calvizie più o meno generale.

**Sintomi.** — Essa attacca il capo, la faccia, le ascelle, il pube e le altre parti pilifere del corpo. La sua sede ordinaria è sul capo, dopo del quale, per frequenza, negli uomini è la barba. Le altre regioni sono invase soltanto raramente. Talvolta l'alterazione si mostra in tutto il corpo, nel qual caso la mancanza di peli è più o meno completa. Sul capo la malattia si presenta in forma di una, due o più isole di calvizie (1). Ordinariamente sono rotondeggianti e formano aree circoscritte o estese di calvizie. Talvolta hanno un perimetro irregolare ed assumono una forma allungata o a nastro. La loro estensione varia da quella di una piccola moneta a quella della palma della mano. Talvolta confluiscono e formano isole che abbracciano la maggior parte di uno o di ambo i lati del capo. La loro sede frequentemente è sulle protuberanze parietali e dietro le orecchie, ma possono essere attaccati l'occipite ed altre località. La malattia spesso è unilaterale. La calvizie generalmente è completa e l'area presenta una superficie biancastra perfettamente levigata, lucida, spesso senza traccia di capelli; in altri casi si osservano qua e là scarsi o isolati capelli. Intorno ai margini, dopo che l'isola ha cessato di estendersi, i capelli, per lo più, sono solidamente impiantati nei loro follicoli e non presentano alcun segno di malattia. In altri casi pochi, piccoli e rotti capelli si possono scovrire sul margine, somiglianti ai capelli rotti della tigna tonsurante, che da alcuni sono stati ritenuti come segno della natura parassitaria della malattia. In realtà non sono che capelli nuovi atrofizzati.

Non di rado, dopo che l'alterazione ha continuato per qualche tempo, una fina lanuggine o capelli lanuti si possono osservare sulla superficie cutanea. Questi, però, salvo il caso in cui è per avvenire una definitiva guarigione, ordinariamente cadono dopo un tempo variabile. Il colore dell'isola generalmente è biancastro o roseo, talvolta leggermente iperemico e del tutto diverso da quello delle parti sane della testa. I follicoli non sono prominenti, ma,

(1) Veggasi la tavola N del mio *Atlas of Skin Diseases*.



per la maggior parte, chiusi e ristretti, spesso appena visibili, tanto che la pelle diviene sottile e levigata a tal grado da rassomigliare a quella del cranio di un vecchio. Al tatto si sente molle e pieghevole. È secca e senza desquamazione e sostanza sebacea. L'isola, a principio è a livello della pelle circostante o appena sporgente, mentre, nel suo ultimo periodo, ordinariamente è più o meno depressa. La sensibilità generalmente è conservata; talvolta però è diminuita, mentre talvolta, secondo Neumann, vi è notevole anestesia.

Il corso della malattia è variabile. In generale si manifesta repentinamente e senza sintomi premonitorii. Spesso i capelli cadono durante la notte e la mattina l'infermo trova una manata di capelli caduti ed un'isola di calvizie più o meno completa. In altri casi la caduta è più graduale, poichè passano parecchi giorni od anche settimane prima che siano tutti caduti; in questi casi la malattia aumenta giorno per giorno finchè il processo si arresta bruscamente. La massima estensione dell'area ordinariamente si raggiunge subito, e, dopo, di raro aumenta. Questa nota distingue la malattia dalle altre forme di calvizie. Talvolta, però, la caduta dei capelli è irregolare. Quando si osservano parecchie isole esse ordinariamente si sono formate l'una dopo l'altra piuttosto che al tempo stesso, talchè i peli possono cadere da una regione o dall'altra per settimane o mesi. La malattia può continuare per settimane, mesi o più, giacchè la sua durata varia estremamente. Nei giovani però presto o tardi finisce quasi sempre con la guarigione. Negli adulti e nelle persone di età avanzata la prognosi non è favorevole. Possono decorrere mesi o anni prima che avvenga una guarigione completa, mentre, in alcuni casi i capelli non ritornano mai. Quando rinascono ordinariamente si presentano con rapidità, e i primi che appaiono sono come lanuggine e poi divengono più robusti. Vi possono essere recidive. In altri casi la nascita dei nuovi capelli può avvenire irregolarmente e da principio sono deboli e pallidi o di colore misto, e soltanto a gradi a gradi assumono la primitiva forza e colore.

I sintomi subiettivi comunemente sono negativi; in generale non vi ha nè prurito, nè bruciore, nè dolore. L'infermo, nella maggior parte dei casi, si accorge della sua malattia per la quantità dei capelli perduti e per la presenza di un'isola di calvizie. In alcuni casi, però, la caduta dei capelli è preceduta da prurito; in altri da sensibilità o da dolore,

**Etiologia.** — Le cause che producono la malattia non sono note. Si osserva in ambo i sessi, fra le classi agiate e fra le povere. Secondo le statistiche dell'American Dermatological Association ve ne furono 96 casi sopra 16863 di malattie cutanee. Non è parassitaria nè contagiosa. La sua causa senza dubbio deve consistere in una speciale alterazione nervosa funzionale che produce una nutrizione imperfetta. È stato notato che si manifesta dopo nevralgie, dopo repentine scosse nervose e dopo la debolezza consecutiva a varie cause. In molti casi pertanto non si può stabilire una causa valutabile.

**Patologia.** — La caduta dei capelli dev'essere ritenuta come una conseguenza di perversa innervazione. La malattia si può

quindi considerare come una *trofonevrosi*. La subitanità dell'attacco, cosa importante nella storia della malattia, è il solo argomento a cui possiamo attaccarci per ammettere l'intervento del sistema nervoso. L'influenza morbosa che dà origine all'alopecia per lo più si manifesta con meravigliosa rapidità. Tutto il processo, infatti, spesso ha luogo in così breve tempo da non potersi spiegare con qualunque altra teoria che non sia quella della mancanza di azione nervosa. Lo stato biancastro, aggrinzato, atrofico, dell'isola, anche denota che la malattia si deve a questa causa.

La conoscenza della natura della malattia si deve acquistare dallo studio dei capelli e della pelle del capo. Per l'esame microscopico dei capelli si possono utilizzare o quelli caduti a principio o quelli tronchi che si trovano talvolta nella periferia dell'isola. Essi terminano nella loro radice bruscamente con un'estremità piriforme o a clava, invece di avere un lungo e grosso bulbo come i capelli sani. Il bulbo è contratto, aggrinzito ed atrofico. La radice superiormente al bulbo ha un aspetto normale ma è diminuita di volume. Nello stelo, però, si può osservare, a misura che si raggiunge la estremità libera, un'eguale e graduale distensione, che finisce con un rigonfiamento ovale presso all'estremità del capello, che si assottiglia e finisce talvolta con un'estremità tronca. Se si esaminano i lunghi capelli che stanno immediatamente intorno ai margini dell'isola si osserva lo stesso bulbo atrofico e ristretto e le altre particolarità di cui sopra abbiamo discusso, quantunque in un grado meno accentuato. Questo stato atrofico si osserva anche nei capelli che hanno vissuto la loro vita normale; ora trattasi di malattia ed ora di un processo naturale. Nell'alopecia ad aree, invece della morte normale del capello vi è una repentina sospensione della nutrizione per una qualche causa e perciò una rapida distruzione ed atrofia. Il rigonfiamento ovale verso l'estremità libera del capello si può spiegare nel modo seguente. Siccome lo stelo non riceve il suo conveniente nutrimento dalla papilla, la sua estremità ne soffre maggiormente. I filamenti, siccome non sono sostenuti come al solito, perdono la loro vitalità, tendono a separarsi, la membrana epidermica vien tesa e si forma il rigonfiamento sopra detto. Questa distensione è costante (1).

**Diagnosi.**—L'alopecia ad aree frequentissimamente si confonde con la tigna tonsurante, quantunque la subitanità dell'attacco, la calvizie più o meno completa, la mancanza di desquamazione, la bianchezza e notevole levigatezza dell'isola mettano sempre in grado di distinguerla da questa malattia. La difficoltà può sorgere soltanto nei casi antichi di tigna tonsurante, in cui sono scomparsi i capelli corti caratteristici, ma, anche in tal caso, vi è sempre maggiore o minore desquamazione. La tigna tonsurante comincia con una piccola isola e si estende gradatamente e spesso lentamente alla periferia; nell'alopecia ad aree in generale tutto il processo ha luogo in un periodo di tempo notevolmente breve, dopo del quale non avvengono ulteriori cangiamenti. Nella tigna tonsurante per lo più vi sono notizie di contagio; nei casi dubbii devesi sempre adope-

(1) Veggasi un lavoro dell'autore nell'*Amer. Jour. of the Med. Sci.*, July, 1870, nonché un articolo del Dr. Duckworth, *St. Barthol. Hosp. Reports*, vol. viii.

rare il microscopio; esso dirime la questione inappellabilmente. Ciò che si osserva nelle due malattie è molto diverso: nell'alopecia ad aree vi sono segni evidenti di atrofia del capello, specialmente nella radice, senza presenza di fungo; nella tigna tonsurante il parassita *trichophyton*, consistente in una serie di spore e di micelii, non manca e si scovre facilmente. Si può distinguere dalla tigna favosa per la mancanza di croste giallastre caratteristiche, e, nell'ultimo periodo della malattia, per la mancanza di tessuto cicatriziale.

La vitiligo si può appena confondere con l'alopecia circoscritta perchè è una malattia esclusiva del sistema pigmentario e non è mai accompagnata da perdita dei peli. Se si manifesta sovra parti pelose del corpo i peli possono perdere il loro colore ma non cadono. Ordinariamente è una malattia delle parti non pelose. L'alopecia ad aree si può distinguere dalle altre forme dell'alopecia per i suoi sintomi speciali.

**Cura.** — Gli effetti dei rimedi che si adoperano nella cura di questa malattia sono estremamente variabili giacchè il loro successo in molti casi dipende dalla breve durata della malattia nell'individuo che si ha sotto cura, più che dalla loro efficacia. Si possono usare con vantaggio i rimedii interni ed esterni. Si deve prescrivere una cura tonica di ferro, di piccole dosi di arsenico, di chinina e di olio di fegato di merluzzo quando questi rimedj sembrano richiesti. Essi sono i migliori che abbiamo e, giudiziosamente adoperati, in alcuni casi credo che sono d'indiscutibile valore. Nei casi ostinati bisogna rivolgere l'attenzione allo stato generale e modificare la cura secondo lo stesso. È importante anche l'igiene.

I vari rimedii che sono stati raccomandati, tutti, più o meno, sono stimolanti. Possiamo ricordare come più efficaci l'alcool, le cantaridi, gli oli essenziali, la glicerina, l'olio di castoreo, l'acido carbolico, il catrame, il jodo, la trementina, l'ammoniaca, i sali di mercurio, la veratrina, l'acido acetico, l'acido tannico, la noce vomica, il pepe e lo zolfo. Si possono adoperare in forma di unguenti o di lavande, in dose tale da produrre un effetto stimolante, o rubefacente, una o due volte al giorno, secondo il bisogno. In generale i preparati forti sono tollerati. Prima di applicare i rimedj il corpo dev'essere lavato con acqua e sapone molle, poi asciugato con una tovaglia grossolana e stropicciato con una spazzola dura, in modo da produrre una moderata stimolazione. Non si deve avere alcun timore che possa aumentare la calvizie, giacchè dopo che le isole si sono formate, gli altri capelli, in generale, sono solidamente impiantati.

L'applicare un vescicante sulle isole, vescicatorio liquido cantaridato, ripetendolo di quando in quando, secondo la sensibilità della cute è anche utile. L'alcool costituisce la base della maggior parte dei preparati liquidi. Io adopero frequentemente l'acido carbolico coll'alcool nella forma seguente:

Pr. Acido carbolico	grammi	1.50
Alcool	»	28
Olio di Ricino	»	7
Olio di mandorle amare	gocce	10
M.		



Le cantaridi in forma di unguento e di tintura sono anche utili. Come unguento si possono adoperare nella dose di 3<sup>re</sup>,80 a 11<sup>re</sup>,40 per ogni 31 gr. La seguente formola contiene parecchi utili medicamenti:

Pr. Tintura di cantaridi	
Tintura di capsico	
ana	grammi 42
Olio di ricino	» 7
Acqua di Colonia	» 28

M.

L'acqua di ammoniaca da lungo tempo ha goduto riputazione. Wilson e Buckworth ne parlano bene; il primo l'adopera frequentemente nel seguente modo:

Pr. Olio di mandorle dolci	grammi 28
Liquore di ammoniaca forte	» 28
Spirito di Rosmarino	» 140
Olio di limone	» 3.5

D. — S. per lavanda.

Wilson raccomanda anche le frizioni con un linimento composto di parti eguali di linimento di canfora, di ammoniaca, di cloroformio e di aconito. Erloch e Duckworth hanno di nuovo messo in onore l'olio di trementina che essi ritengono utile. Si deve stropicciare sulla parte con una spazzola dura una o due volte al giorno finchè la pelle diviene dolente. Tilbury Fox raccomanda la vescicazione delle isole e la seguente lavanda:

Pr. Tintura di noce vomica	grammi 14
Tintura di cantaridi	» 21
Glicerina	» 7
Aceto distillato	» 42
Acqua di rose	» 84

D. — S. per lavanda.

Hebra e Kaposi adoperano gli olii eterei, specialmente l'olio di muscato e gli alcaloidi stimolanti con l'alcool. Rindfleisch raccomanda parti uguali di tintura di pepe e glicerina. L'elettricità è anche un rimedio molto noto, e nei casi gravi si deve sperimentare.

**Prognosi.** — Riguardo al tempo che la malattia può durare non possiamo dir nulla. Talvolta la guarigione avviene subito dopo la caduta dei capelli, altre volte possono decorrere mesi o anni prima che essa abbia luogo; quanto più giovane è l'infermo tanto più favorevole è la prognosi. In casi rari i capelli non si riformano completamente. Generalmente nei giovani non bisogna temere una calvizie permanente. Debbonsi incoraggiare gl'infermi a perseverare nella cura allo scopo di affrettare la guarigione, e, al tempo stesso, bisogna inculcar loro di non scoraggiarsi.

## ATROFIA DEI PELI.

*Sin.*, Atrophia Pilorum Propria.

Le alterazioni atrofiche dei peli hanno luogo come conseguenze di varie malattie del capo come la seborrea e le malattie parassitarie, ed anche come conseguenza d'insufficiente nutrizione, consecutiva a certe alterazioni costituzionali, come la sifilide, le febbri, ecc. In questi casi l'atrofia è sintomatica. Essa può attaccare una parte della sostanza pilifera o tutta, ed ordinariamente è caratterizzata da diminuzione di volume, da secchezza, da fragilità e da una tendenza a separarsi e dividersi nei suoi componenti. Ha luogo anche l'atrofia idiopatica del pelo indipendentemente da malattia in altri elementi cutanei, come nelle seguenti varietà:

FRAGILITAS CRINIUM, FRAGILITÀ DEI PELI. — Essa è contraddistinta da uno stato di fragilità dello stelo del pelo. La forma comune è quella in cui lo stelo del pelo, vuoi sul capo, vuoi sulla barba, presenta irregolarità ed ineguaglianza di struttura essendo in un punto più sottile che in un altro. Oltre a questa imperfezione le estremità libere manifestano una tendenza a suddividersi nei loro filamenti. Può aver luogo come una leggera anormalità o in tal grado da rendere notevolmente difettosi i peli.

Un'altra forma di atrofia dei peli della barba è stata recentemente descritta da me (1), caratterizzata da notevole atrofia del bulbo pilifero e da spaccamento della sostanza del pelo, che ha luogo entro il follicolo e produce irritazione cutanea. L'atrofia avviene nei bulbi e i peli immediatamente si separano in un numero variabile di steli che assumono varie forme e spesso s'ingrossano molto. Allora è curioso vedere l'atrofia del bulbo e l'apparente ipertrofia dello stelo. Questa forma non è parassitaria.

TRICHOREXIS NODOSA. — Un'altra varietà di fragilità del pelo, descritta da Beigel (2) e da lui denotata col nome di « gonfiore e scoppio del pelo » e recentemente da Kaposi (3) col nome di trichorexis nodosa, consiste nella formazione di una serie di piccoli rigonfiamenti bulbosi, fusiformi, situati a intervalli irregolari lungo lo stelo del pelo. Si osservano principalmente sulla barba e sui mustacchi, ma anche sul capo e più raramente in altre regioni. Essi hanno un aspetto brillante alquanto trasparente e non sembrano dissimili dalle uova dei pidocchi. I peli facilmente si rompono o si distaccano nei punti di distensione, e lasciano un moncone irto simile ad una setola, composto di filamenti tagliuzzati. Devergie ha anche descritto e riferito due casi della stessa malattia sotto il nome di tricoptilosi (4). Sono anche narrati così da Billi (5), da

(1) Amer. Jour. of the Med. Sci., July, 1878 (con figura).

(2) Sitzungsbericht der k. Akad. der Wissenschaft. Bd. xvii. p. 612, 1855. La malattia fu anche descritta da Wilks quasi nella stessa epoca nelle sue « Lectures on Pathological Anatomy ».

(3) Hebra and Kaposi, loc. cit., vol. iii. p. 244.

(4) Annales de Derm. et Syph., No. 1, 1871, 1872. Translated in the Amer. Jour. of Syph. and Derm., vol. iii. p. 254.

(5) Giorn. Ital. delle Mal. Ven. e della Pelle. Milano, Agosto, 1872.

Roeser (1), da Schwimmer (2) e da Sherwell (3). La malattia può dare origine a notevole deformità. La causa è ignota. Non dipende da un parassita vegetale. Il radere e tagliare i peli costituisce il miglior metodo di cura, comechè, nei casi riferiti, ben poco effetto si ebbe da questo o da qualche altro dei rimedii messi in opera.

W. G. Smith di Dublino recentemente ha riferito un « caso di rara nodosità dei peli » che io credo si possa ritenere come una varietà di trichorexis nodosa. Il caso riguardava una giovanetta di 19 anni, la quale aveva parziale perdita e generale assottigliamento dei capelli; i più corti presentavano lungo lo stelo una regolare successione di numerosi rigonfiamenti distinti, fusiformi, opachi, che cominciavano immediatamente sopra la radice simili a pallottoline o ad una collana, giacchè, in media, ad ogni millimetro se ne trovava uno. Il capello non era rotto nei punti corrispondenti ai nodi, e, quando avveniva la rottura, questa si osservava sempre nell'intervallo fra un nodo e l'altro. Nei nodi si trovò un abbondante pigmento bruno, mentre le porzioni internodulari mancavano di pigmento, e così i capelli, guardati ad occhio nudo, presentavano un aspetto screziato, ed erano alternativamente bruni e bianchi; non si potè trovare nessun fungo. La malattia differisce per parecchi punti dalla comune forma di trichorexis nodosa.

PIEDRA. — Desenne (5) e Morris (6) hanno descritto con questo nome un'altra malattia la quale rassomiglia, per la forma esterna, alla trichorexis nodosa. Si osserva nella provincia di Cauca in Colombia, e consiste in un numero variabile di piccole nodosità visibili ad occhio nudo, che trovansi situate lungo gli steli dei peli, di cui alcuni circondano completamente il pelo altri si trovano soltanto sovra un lato. Essi sono notevolmente duri e scabri. Desenne e Morris ritengono che siano escrescenze fungose della parte esterna del pelo. Morris afferma che sotto il microscopio i nodi consistono « di una massa di corpicciuoli simili a favi di miele pieni di particelle pigmentate simili a spore ». Tutta la massa parte da una cellula che germoglia in tutte le direzioni. La malattia non è contagiosa e si suppone che dipenda dall'uso di un olio speciale che fanno gli abitanti di quel paese. Si osserva sui capelli e principalmente fra le donne. Dicesi che il capello abbia un odore acido. Un'escrescenza simile è descritta e rappresentata con figura da Beigel nella sua opera sui peli (7) col nome di *chignon fungus*.

Sembra inoltre che vi sia un'altra malattia la quale presenti note simili, di cui Hogan (8) ha descritto un caso, nel quale i nodi,

(1) Annales de Derm. et de Syph., No. 3, 1878.

(2) Viertelj. für Derm. u. Syph., Heft 4, 1878.

(3) Archives of Dermatology, July, 1879.

(4) Brit. Med. Jour., May 1, 1880.

(5) Comptes-Rendus, Juillet 1, 1878 (citato da T. Colcott Fox, Lancet, Dec. 7, 1878, p. 804).

(6) Lancet, March 22, 1879, p. 407; e Cheadle and Morris, Lancet, Feb. 8, 1879, p. 190 (con figure).

(7) The Human Hair. London, 1869.

(8) Lancet, Sept. 7, 1878.



rompendosi lasciano uscire masse di corpi somiglienti a uova di pesce o a spore di funghi. La natura di questi corpi finora non sembra bene assodata. Il pelo alterato (della barba e del mustachio), che è stato bianco, ritorna bruno.

### ATROFIA DELLE UNGHIE.

Questa può essere congenita; molto più comunemente, però, è acquisita. È caratterizzata da un deficiente sviluppo della sostanza dell'unghia, la quale è o più piccola o più sottile della normale; ovvero si rende fragile e si spacca o si rammollisce o si sminuzza secondo la causa. Il colore può essere pallido, biancastro ed opaco o scuro. Lo stato dell'unghia in cui questa sembra rosicchiata da un verme dipende da varie cause e generalmente è di natura atrofica.

L'atrofia dell'unghia può avvenire come affezione puramente locale, ovvero in seguito ad offesa o malattia dei nervi o di qualche morbo generale, come la sifilide. Certe malattie della pelle, come l'eczema e la psoriasi, attaccano anche le unghie producendo lesioni atrofiche. I funghi che vivono sulla pelle talvolta anche attaccano l'unghia, cagionando deficiente sviluppo o parziale distruzione di questa. Le unghie vanno anche soggette alle influenze nocive esterne che possono opporsi al loro regolare sviluppo.

---

## CLASSE VII.

## NEOPILOSMATA — NEOFORMAZIONI.

In questa classe si raggruppano molte importanti malattie le quali quantunque in molti casi differiscano per i caratteri esterni, patologicamente non sono che una neoformazione nella pelle. Il neoplasma può essere fatto di tessuto connettivo, come nel cheloide, nel fibroma mollusco e nello xantoma; di deposito cellulare, come nel lupus eritematoso, nel lupus volgare, nella sifilide, nel carcinoma, ecc; di vasi sanguigni, come nel neo vascolare; o di linfatici, o di nervi, come nel linfangioma e nel nevroma.

I neoplasmi clinicamente sono o di natura benigna o di natura maligna. I tumori di tessuto connettivo sono benigni: mentre certe formazioni cellulari, come ad esempio la leprosi ed il cancro, sono caratterizzate dalla loro malignità, giacchè distruggono completamente i tessuti che attaccano e talvolta la vita. Secondo la loro natura vi può essere il dolore o mancare. La maggior parte non è accompagnata da dolore. Seguono un corso cronico, giacchè ordinariamente durano tutta la vita; talvolta, come nella sifilide e nel cancro, hanno un corso relativamente rapido. In molti casi possono essere tolti con un'operazione. Della loro patologia generale se ne è già parlato.

## CHELOIDE.

*Sin.*, Kelis; Kelos; *Fr.*, Cheloide.

Il cheloide è una neo-formazione di tessuto connettivo caratterizzata da una o più lesioni cicatriciformi, irregolarmente conformate, di varia grandezza, elevate, lisce, resistenti, alquanto elastiche, rossastro-pallide.

**Sintomi.** — La malattia per lo più comincia con un turbercolo o nodulo piccolo, della grandezza di un pisello o di un fagiuolo, pallido, solidamente impiantato nella pelle. In generale cresce con lentezza, giacchè spesso sono necessari anni per raggiungere lo sviluppo che si osserva comunemente. La forma del tumore generalmente è speciale. Esso è costituito da una porzione o corpo centrale con parecchi o numerosi prolungamenti nella pelle sana; altre volte consiste in un tumore circoscritto che termina bruscamente sui tessuti sani. La forma è variabilissima; può essere ovale, allungata, cilindrica, granchiforme, fungoide o anche a strisce e linee interrotte, insomma si fa notare per la irregolarità delle sue forme; anche la grandezza ne varia; può essere quanto un pisello o un fagiuolo o quanto una mano. Ordinariamente ha il volume di un pollice. La circonferenza del tumore in generale è ben definita, giacchè esso si presenta mezzo incastrato fra i tessuti. È più prominente nel centro e si va affinando alla periferia. D'ordinario s'eleva da una a due o tre linee; la sua superficie è levigata ed in generale priva di peli. Preso fra le dita dà la sensazione di un corpo sodo, denso, leggermente elastico. Il suo colore è roseo o rossastro, con un aspetto ordinariamente lucido.

Vi possono essere uno, parecchi o più tumori. La sede ordinaria

è il tronco, più specialmente la regione sternale. Da questo sito la malattia si può estendere lateralmente, parallelamente alle costole, ed inviare prolungamenti in tutte le direzioni. Si osserva anche sulle mammelle, sul collo, sulle orecchie, sulle braccia e sovra altre regioni. Spesso accompagnano il tumore dolore più o meno forte e, talvolta, prurito; ma nessuno di questi sintomi è costante. Il dolore si suscita specialmente sotto la pressione. Il corso della malattia può essere o rapido o lento; raggiunto un certo volume può rimanere immutato. Non è mai accompagnato da ulcerazione. Per lo più dura tutta la vita; talvolta, molto di raro, guarisce spontaneamente.

**Etiologia.** — Il cheloide può sorgere spontaneamente, nel qual caso chiamasi *cheloide spontaneo*. Può anche sorgere in seguito a varie offese della pelle, ed allora chiamasi *cheloide cicatriziale*. Questa varietà si osserva spesso come conseguenza di scottature prodotte dal fuoco o da agenti chimici, da tagli, da bastonate e da ferite di ogni specie (1). Talvolta occupa il sito di un antico morso di mignatte ed anche di lesioni di acne, e non di rado i punti dove sono state forate le orecchie. La differenza fra le due forme dipende soltanto dalla causa che le ha prodotte. Microscopicamente sono di struttura identica.

La malattia si osserva in ambo i sessi, e ordinariamente mostrasi nel primo periodo dell'età adulta o nell'età media della vita. È molto più comune nella razza colorata che nella bianca. Secondo le statistiche dell'American Dermatological Association se ne osservarono 24 casi sopra 16863 di malattie cutanee. Nessuna causa si può assegnare alla varietà spontanea.

**Patologia.** — Gli studii relativi all'anatomia del cheloide sono stati fatti da Langhans (2), Warren (3), Kaposi (4) ed altri. Il tumore è costituito da una massa di tessuto fibroso denso di colore biancastro che ha la sua sede nel derma. L'esame microscopico mostra che gli strati corneo e mucoso dell'epidermide sono normali; così anche le papille. Tutto il derma è occupato da una neo-formazione consistente di fascetti di tessuto connettivo, disposti più o meno parallelamente alla superficie del tumore; quà e là decorrono verticalmente. Le fibre sono strettamente congiunte e formano una densa massa. Di raro s'incontrano cellule tranne lungo il corso dei vasi, massime delle arterie, ove possono vedersi a strati sulle loro pareti; sono nucleate e fusiformi e si veggono meglio nelle porzioni più recenti del tumore. Warren ha mostrato che la malattia ha il suo punto di partenza nelle pareti dei vasi, giacchè le cellule soprariferite si accumulano e col tempo si metamorfizzano in tessuto connettivo.

**Diagnosi.** — I sintomi del cheloide sono così evidenti da non essere difficile diagnosticarlo. È molto soggetto ad essere confuso con la cicatrice semplice, da cui, però, può essere distinto pel suo

(1) Un notevole cheloide cicatriziale fungoide in un negro è riferito dal Dr. Maury, nella Phot. Rev. of Med. and Surg., Oct. 1870.

(2) Virchow's Archiv, Bd. xl. p. 334.

(3) Sitzungsbericht der k. Akad. der Wissenschaft, 1868.

(4) Loc. cit., vol iii. p. 281.



colore, per il suo contorno, elevazione e consistenza e spesso per il dolore. La malattia non ha nulla di comune col cosiddetto *cheiloide* di Addison, che oggi si sa essere la morfea.

**Cura.** — Questa ordinariamente non è soddisfacente, giacchè l'operazione fatta coi caustici o col bistori è quasi sempre seguita dal ritorno della malattia e spesso in una forma esagerata. Sono stati usati varii rimedii caustici, in generale, però con risultati sfavorevoli. La potassa caustica è il più efficace rimedio ove sia richiesta un'operazione, la quale non si deve mai intraprendere se la malattia è ancora in via di progresso. Per moderare il dolore che talvolta si manifesta sono specialmente utili le iniezioni ipodermiche di morfina; allo stesso scopo si possono prescrivere il cloriformio e gli unguenti anodini.

Per promuovere il riassorbimento i migliori rimedi sono il jodo e gli empiastri saturnini e mercuriali. Wilson (1) consiglia di pennellare il tumore con una soluzione composta di 3,<sup>gr</sup> 80 di joduro di potassio, 31 gr. di sapone molle ed eguale quantità di alcool, e poscia applicare un empiastro saturnino spalmato sovra un pezzo di morbido cuojo, e questa medicatura si lascia per una settimana, dopo della quale si rinnova.

Internamente sono stati raccomandati il joduro di potassio e lo arsenico. È dubbio però se essi spieghino un'influenza sullo sviluppo della malattia. Si dice che la chinina sia utile ad arrestare i dolori parossistici. Anche l'azione di questa si troverà molto incerta.

**Prognosi.** — Talvolta avviene l'involuzione spontanea ma questo caso è raro. Non infrequentemente, dopo che ha raggiunto un certo volume, il tumore cessa di crescere. Il suo corso d'ordinario è progressivo, interrotto talvolta da temporanee pause.

### FIBROMA MOLLUSCO.

*Sin.*, Molluscum simplex; Molluscum fibrosum; Molluscum pendulum.

Il fibroma mollusco è una neoformazione di tessuto connettivo, caratterizzata da tumori sessili o peduncolati, molli o duri, rotondeggianti, indolenti, la cui grandezza varia da quella di mezzo pisello a quella di un uovo o più, situati sotto e nella pelle.

**Sintomi.** — Questi tumori o sono solitari o, come è il caso più frequente, in gran numero, ed allora occupano la maggior parte del corpo. Essi generalmente assumono varie forme sullo stesso individuo: talvolta sono in forma di cupola e stanno nella pelle stessa o nel tessuto sottocutaneo. In altri casi sono peduncolati, in forma di clava, e pendono dai loro peduncoli. Per consistenza sono uniformemente molli, ma, quando si prendono fra le dita, in generale si osserva che hanno una massa variabile, ed i più grandi danno una sensazione di corpo alquanto elastico fibroso. Secondo la loro forma sono circoscritti o mal definiti. La pelle che li copre è levigata e normale, rosea o rossastra, di struttura e colore alquanto varii secondo che il tumore è grande o piccolo, sessile o peduncolato. Può essere cedevole o teso, ipertrofico o atrofico.

(1) Lectures on Dermatology. London, 1875.

La grandezza dei tumori varia estremamente. Quando sono multipli ordinariamente sono grandi quanto un pisello o una ciliegia, e, fra essi, ve ne è qualcuno qua e là più grosso, della grandezza di una noce a quella di una pera. Per lo più si osservano varie grandezze e forme. Quando sono solitarii possono essere peduncolati e raggiungere notevole volume, pesando spesso parecchie libbre. Quanto al numero quando sono multipli nei casi avanzati ordinariamente esistono a centinaia, occupando la maggior parte della superficie cutanea senza regolarità di distribuzione. Preferiscono, però, i tessuti più molli e perciò il loro sviluppo è grande sul tronco. Non sono mai accompagnati da dolore, quantunque talvolta il loro grande volume e peso li rendano causa di estrema noia (1). Essi possono apparire in qualunque epoca della vita, spesso nella fanciullezza, e crescono più o meno rapidamente lungo il corso degli anni. Raggiunto un certo volume ordinariamente non crescono più. I tumori grossi e penzolanti talvolta si ulcerano, come avviene di altri tumori pesanti.

**Etiologia.** — La malattia si osserva in ambo i sessi e nelle varie razze. Le statistiche dell'American Dermatological Association, sopra 16863 casi di malattie cutanee, ne presentano soltanto 9. Ma, secondo me, la malattia è un poco più frequente. La causa è ignota. Hebra ha notato che tutti coloro i quali avevano questa malattia, passati sotto la sua osservazione, presentavano un meschino sviluppo fisico e mentale. Altri osservatori ed io abbiamo verificato la stessa cosa (2). Lo stato generale dell'infermo non si altera. La malattia può essere ereditaria e può inoltre manifestarsi in parecchi figli della stessa famiglia (3).

**Patologia.** — La struttura interna del fibroma mollusco differisce alquanto secondo che il tumore è piccolo o grande, recente o antico. Una sezione fatta nell'asse maggiore di un fibroma mollusco pienamente sviluppato fa vedere che consiste di una massa biancastra fibrosa, da cui, con la pressione si può fare sgorgare una piccola quantità di liquido giallastro. Il tumore è denso e compatto alla base e si vede costituito da grossi ed irregolari fasci di tessuto fibroso. Nel centro è del tutto molle e polposo, mentre alla periferia le fibre sono più sottili e partecipano più o meno della struttura del derma. Nessuna linea di separazione però contrassegna questi diversi stati. Questi tumori non si possono enucleare, giacchè sono solidamente aderenti al tessuto sottocutaneo per mezzo dei loro peduncoli. Gli antichi tumori che hanno acquistato una densa struttura fibrosa in generale sono meno aderenti al derma, e perciò si possono con facilità disseccare. Alla base, però, gli attacchi sono sempre forti. Al microscopio si vede che i tumori piccoli e recenti sono composti di tessuto connettivo giovane gelatinoso. Le cellule si osservano specialmente alla periferia e sono at-

(1) Negli Archives of Dermatology, July 1875, and April 1876; si possono trovare notevoli esempi della malattia, con figure, riferiti dai Dri. Ockerlony, di Louisvielle e Wigglesworth di Boston.

(2) Phila. Med. Times, March 18, 1877; e ancora in altri casi.

(3) Veggasi un lavoro che riporta due casi del Dr. J. E. Atkinson, New-York, Med. Jour. Dec. 1875, e una relazione di tre casi del Dr. John Murray, Lancet, March, 22, 1873.

traversate da fascetti di fine fibrille. I tumori più antichi risultano in gran parte di tessuto resistente, denso e fibroso. Quando sono grandi i tumori alla base sono vascolari. Secondo Rokitansky ed altri il fibroma mollusco parte dal tessuto connettivo degli strati più profondi del derma. Virchow ritiene che ha origine dal tessuto connettivo che circonda i globuli di grasso. Questa opinione è anche abbracciata da Kaposi (1) e da me.

**Diagnosi.** — In generale non vi può essere difficoltà a fare la diagnosi. Il fibroma mollusco si distingue dal mollusco sebaceo perchè non presenta nessuna depressione o apertura nell'apice. Inoltre sta sotto la pelle, la quale ordinariamente sembra normale. Il mollusco sebaceo è superficiale, protuberante, e la pelle che lo ricovre per lo più è sottile e tesa. Il fibroma mollusco non si può confondere coi nevromi multipli della pelle giacchè in questi vi è il dolore che in quello manca; nè si può confondere coi tumori lipomatosi che sono molli e lobulati.

**Cura.** — Quando non sono numerosi si possono escidere col bisturi, come nel caso di altri tumori di simile natura. Se sono grossi e peduncolati si possono legare o distaccare col galvano-cauterio.

**Prognosi.** — La malattia dura per tutta la vita. Talvolta l'involuzione spontanea può avvenire. I tumori o continuano ad aumentare in grandezza e numero, o, dopo raggiunto un certo sviluppo, restano immutati.

### XANTOMA.

*Sin.*, Xanthelasma; Vitiligoidea; Molluscum Cholestérique (Bazin); Fibroma Lipomatodes (Virchow).

Lo xantoma è una neoformazione di tessuto connettivo caratterizzata dallo sviluppo di piastre o tubercoli giallastri, circoscritti, di forma irregolare, di varia grandezza, non induriti, schiacciati o protuberanti.

**Sintomi.** — Si osservano due varietà di questa malattia; la maculosa (XANTOMA PLANUM) e la tubercolare (XANTHOMA TUBEROSUM). Nella prima varietà la malattia è rappresentata da isole della grandezza di un pisello e più, allungate, che stanno nel derma. Esse trovansi allo stesso livello con la pelle o sporgono appena e spesso sembra che siano intarsiate. Ordinariamente sono ben definite; hanno una superficie liscia ed al tatto sono molli ed apparentemente di struttura normale. Quanto alla forma sono rotonde od allungate; quando hanno luogo sulle palpebre comunemente assumono la forma d'isole strette semicircolari, larghe due o tre linee, che spesso si estendono da un'estremità all'altra. Il loro colore è giallastro, la cui gradazione varia fra il colore di camoscio e l'arancino. Talvolta hanno una tinta pallida, bianco giallastro di crema. Sono opache e rassomigliano a tratti di pelle di camoscio. Ve ne possono essere una, due o più, situate, o molto vicino, come nelle palpebre, o in diverse regioni. Possono confluire. Cominciano come formazioni quanto una piccola testa di spillo o quanto un pisello ed aumentano di volume, in generale con lentezza, nel corso degli anni. La sede comune di questa varietà sono le palpebre, massime

(1) Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. Wien, 1880.



le superiori; ma talvolta si osservano anche sovra altre parti della faccia e del corpo. Le lesioni di raro producono molestia.

La forma tubercolare si presenta come lesioni o tubercoli quanto una testa di spillo, quanto un pisello o più grandi, rotondeggianti e protuberanti. Quanto ai caratteri generali le lesioni materialmente non differiscono da quelle della varietà precedente. Si osservano però raramente sulle palpebre, ma per lo più sul collo, sul corpo e sulle estremità. Talvolta sono leggermente dolorose. Si possono osservare contemporaneamente amendue le forme.

La malattia in generale si manifesta nell'età media o avanzata. Talvolta, però, s'incontra nei giovani, come in un caso della forma multipla della malattia riferito da T. Colcott Fox (1), nel quale cominciò col secondo anno della vita. Le lesioni possono essere uniche o poche o numerose. La forma multipla (XANTHOMA MULTIPLEX) è rara. Nella maggior parte dei casi la malattia si manifesta sulla palpebra nella forma maculosa, cominciando dall'angolo interno. Poscia attacca le palme delle mani e le piante dei piedi, la faccia, le orecchie, i lati della flessione delle articolazioni, le estremità e, in ultimo, il tronco. Può anche passionare le membrane mucose, giacchè la forma maculosa talvolta attacca le labbra, le gengive, la lingua, il palato, la trachea. Isole simili opache sono state rinvenute nella milza e nella membrana di rivestimento dei dotti biliari. La malattia si sviluppa sempre gradatamente. Ha un corso lento e, per lo più, continua tutta la vita. In rari casi, però, finisce spontaneamente, come in quelli riferiti da Fagge (2), W. J. Smith (3) e Legg (4). È più comune nelle donne che negli uomini.

**Etiologia.** — Le cause sono oscure. In un certo numero dei casi riferiti, precedentemente vi era stata o vi era ancora l'itterizia. In molti casi, pertanto, non si ha nessuna notizia d'itterizia o di malattia epatica. Nella forma multipla, secondo Pye-Smith, ordinariamente vi è stata itterizia spesso dovuta ad una causa organica, quantunque Fox (5) e Carry (6) abbiano recentemente ricordato casi nei quali non vi era antecedentemente nè malattia del fegato, nè itterizia. Pye-Smith (7) e Tilbury Fox (8) amendue sono dell'opinione che la malattia probabilmente dipenda dalla circolazione del pigmento biliare nel sangue. Questa asserzione, però, non si può ritenere per tutti i casi. White (9) riferisce 10 casi osservati da lui nei quali non potevasi determinare nessuna di queste cause, e la mia personale esperienza è stata identica alla sua. La forma maculosa dello xantoma delle palpebre raramente si associa all'itterizia.

(1) Lancet, Nov. 8, 1879.

(2) Trans. Lond. Path. Soc., vol. xix.

(3) Ibid., vol. xxviii.

(4) Lancet, Oct. 25, 1879.

(5) Lancet, Nov. 8, 1879.

(6) Annales de Derm. et de Syph., tome i. No. 1, 1880.

(7) Trans. Lond. Path. Soc., vol. xxviii.

(8) Epitome of Skin Diseases, Phila., 1879.

(9) Boston Med. and Surg. Jour., Oct. 23, 1879.

**Patologia.** — La malattia è una neoformazione di tessuto connettivo, con degenerazione adiposa, la quale opinione è sostenuta dalla maggior parte di coloro i quali hanno studiato questo argomento, fra cui possiamo ricordare Pavy (1), Smith (2), Fagge, Waldeyer (3), Virchow (4) e Kaposi (5). Pye Smith (6), il quale ha anche studiato attentamente questa malattia, conclude che essa « consiste anatomicamente in un'iperplasia cronica dello strato più profondo della cute, in cui la papilla e l'epidermide da una parte e il connettivo sottocutaneo dall'altra sono coinvolti soltanto secondariamente. Il processo può seguire due direzioni. Quando segue ciò che si può chiamare il tipo infiammatorio, le piccole rotonde cellule di flogosi, o i giovani leucociti, non formano mai elementi di vero tessuto, giacchè sono sopralfatti rapidamente da degenerazione molecolare grassa, e, nella loro ultima fase, si presentano come reliquie di goccioline grasse, di masse calcaree e di cristalli di colesterina ». L'altro corso che può seguire la malattia si avvicina al processo di formazione di un vero tumore; le nuove cellule, invece di morire subito per degenerazione adiposa, si sviluppano notevolmente formando processi che danno origine ai corpuscoli fusiformi e stellati del tessuto connettivo. Queste cellule sono anche soggette a degenerazione adiposa, ma il processo è più lento, meno distruttivo e rassomiglia alla metamorfosi normale del connettivo ordinario in tessuto adiposo.

**Cura.** — Quando si richiede l'intervento dell'arte l'unico mezzo è l'escisione, che si può fare rapidamente e, in generale, con buon risultato. Per evitare l'ectropion, quando la malattia è sulle palpebre, bisogna badare a non spingere l'incisione intorno al punto leso troppo profondamente nei tessuti. Asportato il tumore fa d'uopo tenere uniti i margini per mezzo di punti di sutura e poi si continuerà la cura come per una ordinaria ferita.

Qui possiamo tener parola della DEGENERAZIONE COLLOIDEA della pelle, casi della quale sono stati riferiti da Wagner (7) e più recentemente da Besnier (8). È caratterizzata da lesioni numerose disseminate, quanto una testa di spillo, discrete, rotonde, schiacciate o leggermente sporgenti, pallide o color di limone sbiadito. Esse sono brillanti e traslucide ed hanno l'aspetto di vescichette giallastre. Però questo aspetto non è che un'illusione, giacchè esse sono solide e consistenti. Quando si pungono con un ago o si aprono abbastanza profondamente da far uscir sangue se ne può spremere una sostanza biancastra o giallastra, trasparente, gelatinosa.

La malattia ha luogo principalmente sulla faccia, massime sulla metà superiore, sul dorso del naso, sulle regioni orbitaria e temporale e sulla fronte. Si osserva nell'età media o avanzata. Può

(1) Guy's Hospital Reports, 1866.

(2) Journal of Cutaneous Medicine, Oct. 1869.

(3) Virchow's Archiv, 1873.

(4) Path. u. Dher. der Hautkrankheiten. Wien, 1880.

(5) Ibid, 1871.

(6) Guy's Hospital Reports, 1877.

(7) Das Colloid-Milium der Haut. Archiv der Heilk., Bd. vii., 1865, p. 463.

(8) Sur un cas de dégénérescence colloïde du derme. Gaz. Hebdom., No. 41. Oct. 10, 1879. E gli Annales de Derm. et de Syph., tome x. Nos. 5-6, 1879.

rassomigliare allo xantoma, ma le lesioni differiscono perchè sono brillanti e traslucide.

Wagner riteneva la malattia come una forma di milio che aveva subito la degenerazione colloidea, ma Besnier ha mostrato che il processo è una degenerazione colloidea del tessuto connettivo del derma, che ha la sua sede negli strati superiori, sotto lo strato papillare, e l'epidermide, le glandole e i follicoli piliferi si alterano soltanto secondariamente per la pressione. Il processo è puramente degenerativo.

### RINOSCLEROMA

Il rinoscleroma consiste in una neoformazione cellulare, circoscritta, irregolarmente conformata, schiacciata, tuberculare, molto dura e densa, che ha la sua sede sulla regione del naso.

**Sintomi.** — La malattia fu descritta la prima volta da Hebra e da Kaposi (1). Il tumore, che può essere o rotondeggiante o angoloso, è sempre ben circoscritto da una linea precisa, oltre la quale i tessuti sono normali. È più o meno elevato sulla pelle circostante, ed ha una superficie schiacciata, simile a lamine ma ineguale, prodotta dalla presenza di tubercoli di varia grandezza, isolati, aggregati o confluenti, che compongono la massa. Essi sono o del colore della pelle normale o rossastri o brunastri. I tessuti sono solidamente aderenti alle parti sottostanti, come nel caso dello scleroderma, e non possono essere presi fra le dita; l'epidermide è secca, con fenditure quà e là, le quali segregano un liquido viscido che si trasforma in croste giallastre aderenti. Il tumore è estremamente denso e la sua durezza si può paragonare a quella del legno o della pietra; alla pressione è leggermente elastico e al tempo stesso doloroso; in nessun periodo si mostra infiammato, turgido o edematoso. La malattia è circoscritta al naso ed alle parti contigue. Attacca specialmente le pinne, il setto, e invade a poco a poco la mucosa e il labbro superiore. Il suo corso è molto lento, giacchè dura per anni. A misura che progredisce l'indurimento diviene molto rilevante, le narici si restringono tanto che può avvenire l'occlusione. La struttura dei noduli o dei tubercoli non cangia anche se durano per anni.

**Etiologia.** — La sua causa è ignota. Non dipende da sifilide. Si osserva negli uomini e nelle donne, per lo più nell'età media. È una malattia rara. Kaposi (2) dice di averne visto 25 casi. In questo paese certamente è molto rara; per quanto io sappia quì non se ne sono osservati casi.

**Patologia.** — Kaposi (3) osserva che, tagliando uno dei tubercoli di rinoscleroma, si resta sorpresi della facilità con cui il coltello penetra, facendo il paragone con la durezza che si sentiva al tatto. La superficie del taglio è rosso-pallida uniformemente e finamente granulare e dà sangue con facilità. L'anatomia microscopica è stata con attenzione studiata da questo osservatore e da

(1) Wiener Med. Wochenschr., Nro. 1, 1870.

(2) Path. u. Ther. der Hautkrankheiten. Wien, 1880.

(3) Loc. cit., vol. iv. p. 7.



Geber (1) e più recentemente da Mikulicz (2). Kaposi dà il seguente risultato delle sue ricerche. L'epidermide e la rete sono normali; le papille sono piene di piccole cellule fittamente aggruppate, e l'infiltrazione cellulare quà e là si estende profondamente nel derma, che è uniformemente denso dappertutto, poichè lo strato vascolare e le papille sono specialmente stivate di cellule. Le cellule sono più piccole, massime per protoplasma, delle così dette cellule di granulazione ordinaria che si osservano nella infiammazione acuta o cronica della pelle ed anche nei punti in cui sta sorgendo una neoformazione di tessuto connettivo. I nuclei delle cellule sono piccoli e rifrangono la luce debolmente e sono finamente granulari. Le cellule sembra che siano semplicemente allagate nel delicato stroma di tessuto connettivo delle papille e negli strati superiori del derma, e possono facilmente essere allontanate. Sono inoltre ben conservate ed hanno un contorno preciso e nuclei distinti, differendo sotto questo aspetto dalle cellule degenerative del lupus e della sifilide. Gli strati più profondi del derma mostrano una densa borra di tessuto connettivo. Il tumore, secondo Kaposi, dev'essere ritenuto in vincoli di parentela col sarcoma a piccole cellule. La stessa anatomia è descritta da Geber e da Mikulicz il quale però interpreta la malattia come un processo cronico infiammatorio.

**Diagnosi.** — Il sito della malattia, l'estrema durezza della lesione, il contorno preciso, l'alterazione di forma delle narici e il suo lento corso basteranno ordinariamente a distinguerla da altre malattie. Si può confondere con la sifilide, col cheloide e coll'epitelioma, ma, studiando il caso, si vedrà che differisce da queste malattie per molte particolarità.

**Cura.** — La malattia richiede l'intervento dell'arte, giacchè, se si abbandona a se stessa, può avvenire la occlusione delle narici. Si deve distruggere la lesione col mezzo dei caustici, fra cui i migliori sono il nitrato d'argento o la potassa in forma solida. Non ne deriva nessuna infiammazione nè malignità del processo. La cauterizzazione, però, non è accompagnata che da temporaneo miglioramento, giacchè la malattia tende a riprodursi dopo un certo tempo.

**Prognosi.** — Questa è sfavorevole. La malattia è ostinatissima e, senza la cura, per lo più continua durante tutta la vita.

### LUPUS ERITEMATOSO.

*Sn.*, Lupus Erythematodes; *Seborrhoea Congestiva*; *Lupus superficialis*; *Lupus Sebaceus*; *Ted.*, Lupus Erythematosus; *Fr.*, Scrofulide Erythémateuse; *Erythema Centrifuge*.

Il lupus eritematoso è una neoformazione cellulare caratterizzata da una o più lesioni circoscritte, rotondeggianti o irregolarmente conformate, di varia grandezza, rossastre, coperte da squame, grigiastre o giallastre, aderenti.

**Sintomi.** — La malattia comincia o in forma di una sola lesione, per lo più rotondeggiante, circoscritta, che si estende verso la pe-

(1) Archiv für Derm. und Syph., 1872, Heft 4.

(2) Archiv für Klin. Chirurgie, Bd. xx.

riferia e cresce indefinitamente, o in forma di due, tre o più lesioni isolate che gradatamente si avvicinano l'una verso l'altra e confluiscono per costituire isole più o meno grandi. Le lesioni a principio sono piccole quanto una testa di spillo o un pisello, eritematose, e, ordinariamente, si manifestano con lentezza. Per lo più sono circoscritte dal principio e, in generale, presentano un margine coperto da squame grigiastre o giallastre. Comunemente si estendono a gradi a gradi; talvolta però raggiungono una notevole grandezza nel corso di un mese o due.

Quando è pienamente sviluppata la malattia consiste in una, due o più isole, la cui grandezza varia da quella di un mezzo pisello a quella di un dollaro d'argento o della palma della mano, e generalmente hanno un contorno ben definito. Per lo più sono rotonde od ovali, ma spesso sono irregolari. Il colore è rossastro o violaceo, variando dal rosa al rosso azzurrognolo. La superficie è sempre coperta da squame fine o grosse, grigiastre, o giallastre, molto aderenti. Esse per lo più sono scarse, talvolta, però, sono così abbondanti che formano croste di aspetto sebaceo, simili a quelle osservate nella seborrea della faccia. Sono solidamente attaccate alle aperture delle glandole sebacee, le quali, spesso, sono distese ed aperte. L'isola di alterazione si propaga verso il suo margine, che è ben definito, mentre la porzione centrale ordinariamente più pallida, presenta una leggera depressione ed una tendenza al cangiamento atrofico. Dopo un tempo variabile l'isola raggiunge una certa grandezza e può rimanere immutata. Non vi ha mai secrezione di qualsiasi genere.

La sede abituale della malattia è la faccia. Le guance, specialmente sotto gli occhi, e il dorso del naso sono attaccati più frequentemente. Quando queste regioni sono invase al tempo stesso, la simmetria ordinariamente è tanto rilevante che l'eruzione presenta una somiglianza con un pipistrello o con una farfalla ad ali spiegate (1). I prolabii, le orecchie, il capo, il dorso e le altre parti del corpo possono essere parimente alterati. La malattia è notevole per la sua cronicità, che può durare tutta la vita. Tende ad aumentare di quando in quando per attacchi ripetuti. In ultimo il processo finisce generalmente con la formazione di un tessuto giallastro o biancastro, punteggiato, molle o solido, cicatriziale, che può stare superficialmente o profondamente.

I sintomi subbiettivi variano e dipendono dall'attività della malattia. Talvolta vi è bruciore o prurito, mentre, in altri casi, non vi è che poca molestia. Lo stato generale ordinariamente è buono e, per lo più, resta tale. Secondo Kaposi l'erisipela, l'adenite e le tumefazioni sottocutanee di natura speciale possono complicare la malattia. Io non ho mai osservato questi sintomi.

**Etiologia.** — Le cause sono oscure. È una delle più rare malattie cutanee. Secondo le statistiche dell'American Dermatological Association sovra 16863 casi di malattie cutanee fu osservata 43 volte. Le donne vi sono più soggette degli uomini; di raro ha luogo prima della pubertà, e perciò differisce dal lupus vulgaris. Attacca individui di tutti i temperamenti ma più spesso coloro che hanno

(1) Veggasi la tav. C nel mio Atlas of Skin Diseases.

pelle e capelli di colore chiaro e, soprattutto, coloro che sono soggetti ad alterazioni delle glandole sebacee. Non di raro è prodotto dalle stesse cause che producono la seborrea; è noto che il lupus eritematoso può incominciare come una seborrea circoscritta.

**Patologia.** — Dietro gli studii recenti si può ritenere che la malattia consista in un' infiammazione della pelle, che mena alla degenerazione ed all' atrofia. Generalmente la sua sede primitiva sono le glandole sebacee ed i follicoli. Hebra per il primo notò che la malattia ha ivi la sua sede principale e la chiamò «seborrea congestiva», che però oggi, come è noto, è vera soltanto in certi casi. Kaposi (1) e Thin (2) hanno mostrato che le glandole sudorifere e le sebacee possono essere sede della malattia, mentre secondo Geber (3) e Stroganow (4), tutti gli elementi ed ogni strato della pelle, anche il connettivo sottocutaneo, possono essere, in un momento o nell'altro, la sede di origine ed il principale centro del processo morboso.

Nei centri recenti di malattia trovansi non solo raccolte di cellule nei follicoli e nelle glandole, coi soliti segni istologici d' infiammazione, ma anche, secondo Kaposi, dilatazione dei vasi, edema, infiltrazione cellulare del tessuto connettivo e proliferazione dei corpuscoli connettivali. Ciò può avvenire nelle parti più basse del derma o nelle più superficiali. Questi cangiamenti istologici si vedono nella proliferazione delle cellule delle glandole e danno origine alla seborrea, e l' infiltrazione, la tumefazione della pelle e la desquamazione della epidermide costituiscono le note cliniche della malattia. Se ha luogo una metamorfosi regressiva nei primi periodi del processo patologico l' infiltrazione cellulare si assorbe e le isole spariscono senza lasciarsi dietro tracce. Ordinariamente, però, i cangiamenti infiammativi producono la metamorfosi degenerativa nei tessuti passionati, la quale finisce coll' assorbimento e l' atrofia. Quando sono alterate le glandole e i follicoli piliferi ne segue atrofia cicatriziale.

**Diagnosi.** — Quando è pienamente sviluppata la lesione presenta un quadro così preciso che vi è poca probabilità di confonderla con qualunque altra malattia. La regione attaccata, generalmente la faccia e, per lo più, le guance ed il naso; l' isola circoscritta, rotondeggiante, rossastra, con un margine evidente; le squame aderenti, grigiastre o giallastre, e il corso lento, tutto indica direttamente la malattia.

Essa si distingue dal lupus volgare per la mancanza di papule, di tubercoli e di ulcerazioni. Nel lupus eritematoso le aperture delle glandole sebacee sono generalmente allargate; nel lupus volgare non sono alterate. Il lupus eritematoso di raro si mostra prima della pubertà; il lupus volgare per lo più presentasi nella fanciullezza. Il lupus eritematoso è una malattia relativamente superficiale; il lupus volgare sta profondamente, e, presto o tardi, è accompagnato da ulcerazione e da cicatrici deformanti. La psoriasi talvolta può rassomigliare al lupus eritematoso, ma si può distinguere per

(1) Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. Wien, 1880.

(2) Med.-Chir. Trans., vol. lviii., 1875.

(3) Viertelj. für Derm. u. Syph., III. Jahrg., 1876, Hest. 1.

(4) Centralbl. für Med., 1877, N.º 48.



il suo corso nonchè per i suoi sintomi speciali. Il lupus eritematoso non si può mai confondere con la sifilide; le sue note caratteristiche, la sua storia ed il suo corso faranno evitare tale errore.

**Cura.** — La malattia in generale è molto ribelle ai mezzi terapeutici. I rimedii interni sono da scegliere secondo le esigenze del caso speciale. Talvolta gl' infermi sono in perfetto stato di salute quanto al resto, ed allora bisogna ricorrere alla semplice cura locale. In taluni casi il jodo e l' arsenico si possono usare con vantaggio. McCaIl Anderson raccomanda l'amido jodato; esso si fa con un 1<sup>er</sup>,44 di jodo e 31<sup>er</sup> di amido, sciogliendo il jodo coll'acqua e aggiungendovi gradatamente l'acqua; si dà alla dose di una cucchiata da tè o più. Talvolta si può amministrare anche il joduro di potassio con buoni effetti. L'olio di fegato di merluzzo, in certi casi, spiega una notevole influenza sulla malattia, massime quando lo stato di nutrizione generale tende ad essere poco soddisfacente. Esso è uno dei più efficaci rimedii.

La cura esterna, però, in generale, avrà il maggior valore. Nelle forme più miti della malattia bisogna ricordarsi che le isole talvolta spariscono spontaneamente lasciando qualche squama o non lasciandone, e che perciò non si deve fare nessuna cura locale per paura di produrre una deformità maggiore di quella che produrrebbe la malattia. Le applicazioni stimolanti e caustiche generalmente son seguite dai migliori risultati. Fra i rimedii che si usano il sapone verde occupa un posto eminente; nei casi miti la malattia può talvolta migliorare con questo solo mezzo. Si può adoperare spalmando sopra un pezzo di tela come un empiastro. Si può usare anche con acqua. Ottima è anche la miscela del sapone coll'alcool, nella proporzione di due parti di quello con una di questo. Si strofinerà bene la parte e si laverà fino a che le squame siano completamente allontanate; allora si può applicare una leggera soluzione di glicerina o un unguento semplice. In alcuni casi è bene il non applicar nulla dopo. Indipendentemente dalla sua azione come rimedio il sapone serve come mezzo eccellente a pulire la parte ammalata e prepararla ad un'ulteriore cura.

In taluni casi è utile l'unguento mercuriale preparato in forma di empiastro ed applicato continuamente. Si può anche usare l'unguento di ammoniuro di mercurio; talvolta può essere utile lo zolfo in forma di unguento alla dose di 3<sup>re</sup>,80 o più per ogni 31 gr. Gli acidi crisofanico e pirogallico sono stati adoperati con successo in forma di unguenti dalla dose di 1<sup>re</sup>,20 a 3<sup>re</sup>,80 per ogni 31 gr. L'acido fenico, in certi casi, è stato pure seguito da soddisfacenti effetti. Il catrame si può usare puro o allungato in forma di mistura o di unguento. Una mistura contenente parti uguali di olio di cade, di alcool e di sapone verde, da stropicciarsi sulla parte ammalata mattina e sera spesso riesce eccellente rimedio. Talvolta agisce favorevolmente la tintura di jodo, sola o con glicerina, come raccomanda Hebra. Anderson parla anche bene di questa cura e dà la seguente formola:

Pr. Jodo.

Joduro di Potassio ana' grammi 15,5

Glicerina	»	3,80
-----------	---	------

S. da pennellare sulla parte fino a che si forma una patina.

Nei casi ostinati spesso si richiedono applicazioni più forti, caustiche, ma non si devono mai usare se prima non si sperimentano i rimedii più miti. Talvolta si può usare la soluzione di potassa caustica, una parte per tre o sei di acqua, quando altri rimedii sono falliti. Si deve applicare per mezzo di filacce, badando di non fare andare la medicina troppo profondamente; immediatamente dopo bisogna usare l'acido acetico allungato. La medicatura consecutiva sarà di acqua e glicerina o di un semplice unguento. Anderson dice di aver ottenuto favorevoli risultati in certi casi dall'uso ripetuto di un liquido yescicatorio cantaridato. Il nitrato acido di mercurio, il sublimato corrosivo, l'acido cromico, l'acido nitrico, il cloruro di zinco, il nitrato d'argento, l'arsenico, il joduro rosso di mercurio, sono stati tutti usati in varie dosi, ma tutti senza notevole successo. Si debbono adoperare sempre con cautela a causa delle loro virtù distruttive come del dolore che producono.

La cura del raschiamento col cucchiajo dermico, come si fa nel lupus volgare, in molti casi è stata seguita da buoni risultati. Ne parlano bene Hebra, Kaposi, Auspitz, Neumann e Wigglesworth (1). Le scarificazioni multiple e le punture, come in origine furono raccomandate da Volkmann per il lupus volgare, secondo l'affermazione di Veiel e Kaposi producono un effetto corrispondente nel lupus eritematoso. In alcuni casi è stato anche adoperato il galvano-cauterio e con successo.

**Prognosi.** — Questa dev'essere riservata. Quando la malattia è giunta al suo pieno sviluppo è quasi sempre ostinatissima. Talvolta si mostra più cedevole alla cura. Il risultato dipenderà dalla estensione della malattia, dalla sua distribuzione, dal numero delle parti alterate, dall'attività del processo e dalla sua durata. Possono avvenire recidive.

### LUPUS VLGARE.

*Sin.*, Lupus Exedens; Lupus Vorax; Noli Me Tangere; *Ted.*, Fressende Flechte; *Fr.*, Herpes Esthiomenos; Dartre Rongeante; Scrofulide tuberculeuse; Esthiomène.

Il lupus volgare è una neoformazione cellulare caratterizzata da lesioni di varia grandezza e forma, rossastre e brunastre, consistenti in papule, tubercoli o infiltrazioni schiacciate, e finisce per lo più con ulcerazione e cicatrici.

**Sintomi.** — La malattia presenta diversi aspetti a seconda che assume una forma o l'altra e secondo che si osserva nei varii periodi del suo sviluppo. Ordinariamente comincia in forma di punti numerosi, piccoli, aggruppati o disseminati situati sotto l'epidermide. Essi sono rossastri, brunastri o alquanto giallastri e stanno nel derma, dando spesso alla pelle un aspetto punteggiato. In ultimo costituiscono isole irregolarmente conformate, rotondeggianti o serpiginose, mal definite, di varia grandezza che non di raro confluiscono. I punti sottocutanei sopradetti si sviluppano e divengono più prominenti, costituendo papule ed in ultimo tubercoli (LUPUS TUBERCOLOSUS). La malattia spesso giunge sotto la nostra osserva-

(1) Veggasi un lavoro del Dr. Wigglesworth che descrive il cucchiajo dermico ed il modo di adoperarlo nel Boston Med. and Surg. Jour. Feb. 10. 1879.

zione in questo periodo. Le lesioni sono di tutte le grandezze intermedie tra una testa di spillo e mezzo pisello; sono rosse o brunnastre e coperte da uno strato di epidermide imperfettamente formata. Esse sono solide o molli e non dolenti. La parte alterata si fa allora più circoscritta e vi si stabilisce un contorno preciso. Giunto a questo periodo di sviluppo il processo può finire o coll'assorbimento delle lesioni, lasciando un tessuto desquamativo atrofico, parzialmente cicatriziale (LUPUS EXFOLIATIVUS); o con la disintegrazione e completa distruzione della pelle infiltrata, dando luogo ad ulcerazione e formazione di crosta (LUPUS EXULCERENS, LUPUS EXEDENS); se le granulazioni sull'ulcera sono esuberanti s'indica questo stato col nome di LUPUS HYPERTROPHICUS. Anderson (1) descrive una forma che egli ritiene distinta dalle ordinarie forme verrucose e che egli crede poter chiamare « Lupus Verrucosus ». Comincia con lo sviluppo di piccole lesioni o tubercoli circoscritti, rosso-scuri, violacei, che si coprono di escrescenze verrucoidi, le quali si possono facilmente asportare lasciando una superficie non ulcerata con papille ipertrofiche.

Dal corso suddescritto della malattia si vede che le diverse forme non sono che periodi modificati dello stesso processo. Si può arrestare in qualunque periodo della sua evoluzione ed allora costituisce una varietà della malattia. Non di raro vi possono essere parecchie o tutte le lesioni contemporaneamente, dando origine ad un quadro complesso in cui si può studiare tutto il corso dell'affezione.

La malattia nei suoi primi periodi non è accompagnata da sintomi subiettivi evidenti; più tardi vi può essere un grado variabile di dolore; essa ha la sua sede di predilezione. Comunemente si manifesta sulla faccia (1), massime sul naso, sulle guance e sulle orecchie; spesso attacca anche le estremità, soprattutto le dita, dove può essere seguita da grave deformità. Il tronco può essere pure interessato. Il processo è distruttivo ovunque si manifesta, giacchè produce ulcere estese, cattive cicatrici e talvolta grande deformità. Le sue devastazioni non si limitano alla pelle ma possono invadere altri tessuti come le mucose e le cartilagini. Possono essere attaccati la bocca, le cartilagini del naso, le orecchie, la laringe ed anche gli occhi.

**Etiologia.** — Le cause sono oscure. Generalmente la malattia comincia nella fanciullezza prima della pubertà. La malattia non è mai congenita; raramente, se non mai, è ereditaria. Attacca ambo i sessi quasi nella stessa proporzione; è molto più frequente in certi paesi che in altri. Così è comune in Germania, in Austria, in Francia, meno in Irlanda e in Inghilterra e molto rara negli Stati Uniti. Secondo le statistiche dell'American Dermatological Association quasi si manifesta con la stessa frequenza del lupus eritematoso, essendosene osservati 42 casi sovra 16863 di malattie cutanee. Certamente è più rara in questa città che a New-York. La maggior parte dei casi osservati in questo paese appartengono alla popolazione povera irlandese e tedesca. Lo stato generale di salute è variabile; talvolta gl'infermi sono debilitati, mal nutriti e trascurano la propria net-

(1) Lectures on Clinical Medicine. London, 1879.

(2) Veggasi la tavola B B del mio Atlas of Skin Diseases.



tezza; in altri casi, però, non si osserva nessun segno di deperimento generale.

La malattia non è cagionata dalla sifilide. Tanto la storia quanto il corso di queste affezioni sono diverse. Si debbono anche ritenere come processi clinicamente diversi il lupus e lo scrofuloderma, giacchè il primo spesso si osserva in casi in cui la parola scrofolosi sarebbe inapplicabile.

**Patologia.** — Le note anatomiche di questo morbo sono state studiate attentamente da Virchow (1) e da Auspitz (2) e, più recentemente da Lang (3), Kaposi (4), Friedländer (5), Thoma (6), Thin (7) e Jarisch (8), con risultati alquanto varii, secondo le diverse lesioni e più particolarmente, secondo i periodi in cui fu esaminata la malattia. Insomma il processo consiste essenzialmente in un'infiammazione cronica, caratterizzata da una scarsa infiltrazione cellulare indifferente, che tende a svilupparsi in forma di aggregati, la cui sede primitiva, secondo Auspitz, è il derma. Recentemente Kaposi (9) ha di nuovo pubblicato la sua opinione e dà l'esposizione chiara delle nostre attuali conoscenze sull'argomento, ed io trarrò profitto largamente della sua descrizione. Con un piccolo ingrandimento le sezioni microscopiche dei noduli di lupus situati profondamente e recenti mostrano masse di tessuto di varia grandezza, rotondeggianti, simili ad un nido, irregolarmente disperse nella parte più profonda del derma, i cui strati superiori e papillari, nonchè la rete, secondo Kaposi, sono normali. Con lenti più forti queste masse ordinariamente si vedono ben distinte dal tessuto connettivo sano circostante, che le circonda in forma di densi fascetti. La loro struttura consiste in una rete a diramazioni fine, largamente provveduta di vasi. Nelle maglie maggiori di questa rete stanno alloggiate cellule contenenti numerosi nuclei molto refrangenti che si distinguono bene, mentre le maglie più piccole contengono cellule molto più piccole con numerosi nuclei a contorno preciso. I suddetti elementi compresi nelle maglie talvolta si possono con facilità far cadere dalle suddette maglie, lasciando spazii vuoti in luogo delle masse di elemento cellulare. Tutto ciò si osserva soltanto nei noduli recenti.

Uno sviluppo ulteriore, nonchè la metamorfosi regressiva che avviene più tardi danno origine a cangiamenti molto complicati nel tessuto invaso dal lupus e anche nella maggior parte degli elementi del derma. Secondo gli osservatori recenti, come Kaposi (10),

(1) Die Krankhaften Geschwülste.

(2) Die Zelleninfiltration der Lederhaut, Med. Jahrb., Wien, 1864.

(3) Viertelj. für Derm. u. Syph., Heft 2, 1874, pp. 165, 368; Heft 1, 1875, p. 1, Wiener Med. Jahrb., Heft 1, 1876 (veggasi Viertelj., Heft 4, 1876 p. 603). Wiener Med. Presse, Nos. 6, 8, 1878 (veggasi Viertelj., Heft 2, 1878, p. 347).

(4) Loc. cit.

(5) Virchow's Archiv, Bd. lx (1874).

(6) Ibid., Bd. lxv.

(7) Med.-Chir. Trans., vol. lxii., 1879.

(8) Viertelj. für Derm. u. Syph., Heft 1. 1880. p. 3.

(9) Path. u. Ther. der Hautkrankheiten. Wien, 1880.

(10) Loc. cit.

Lang (1), Stilling (2), Jarisch (3) e Thin (4), i vasi sanguigni hanno la parte principale nella genesi del tessuto patologico. La lesione recente mostra un tessuto che prolifera con rapidità, ricco di vasi. Quando ha luogo la metamorfosi regressiva diminuisce la vascolarità del centro del nodulo e gli elementi formati subiscono cangiamenti necrobiotici. Gli elementi o si assorbono, ovvero, quando trovansi in parti superficiali, cadono, e i tessuti cutanei invasi subiscono una contrazione cicatriziale. Una parte, però, del tessuto attaccato dal lupus si organizza e dà origine a giovane tessuto connettivo che, più tardi, si sviluppa meglio, ed in ciò, secondo Kaposi sta la differenza essenziale fra il lupus, la lepra e la sifilide. Lang (5) è della stessa opinione. Quà e là si mostrano le così dette « cellule giganti » di Scüppel (6) e di Friedländer (7). Queste sono masse omogenee o finamente granulari, larghe, circolari, ovali, irregolari, ben definite, contenenti numerosi nuclei oblungi, refrangenti. Una volta credevasi che fossero caratteristiche del tubercolo; ma oggi si sa che trovansi in varii tessuti e tumori. Thin (8) recentemente ne ha fatto argomento di speciale studio, ed è giunto alla conclusione che, in realtà, son vasi sanguigni alterati.

Mentre alcune lesioni subiscono i cangiamenti sopradescritti altre si estendono in varie direzioni, si uniscono e danno origine ad una infiltrazione cellulare diffusa che invade tutti i tessuti della pelle, e, in ultimo, ordinariamente finisce con contrazione cicatriziale. Quando il processo del lupus è andato avanti per alcuni anni può avvenire un'ipertrofia generale dei tessuti somigliante all'elefantiasi. In alcuni casi le papille si sviluppano molto e divengono di natura verrucosa, costituendo il lupus ipertrofico o verrucoso.

Gli elementi epiteliali della pelle, secondo Kaposi, sono coinvolti nel processo fin da principio. Nella rete hanno luogo la proliferazione cellulare e la degenerazione, giacchè la linea di confine, fra gli strati papillare e mucoso, è distrutta dalla penetrazione dell'infiltrazione di lupus in quest'ultimo. Quando la rete è distrutta per suppurazione o desquamazione le lesioni di lupus restano scoperte ed avviene l'ulcerazione. Le glandole sudorifere e sebacee sono pure attaccate e si alterano cogli altri tessuti. La stessa cosa avviene dei follicoli piliferi, per cui si perdono i capelli. Essendo distrutti i dotti delle glandole gli acidi frequentemente formano globi epiteliali o corpi simili a milio, che sembrano perle incastrate sulla pelle. Talvolta ha luogo l'iperplasia epiteliale; l'epitelio della rete si sviluppa in forma di prolungamenti nel derma e poi riunendosi a prolungamenti simili che vengono dalle glandole e dai follicoli, si formano spazii circondati per ciò da semplice epitelio, che possono divenire una base istologica per lo sviluppo dell'epitelioma.

(1) Wien. Med. Presse, 1878, Nos. 6 and 8.

(2) Deutsche Zeitschr. für Chir., Bd. viii. p. 72.

(3) Viertelj. für Derm. u. Syph, 1880. VII. Jahrg., p. 3.

(4) Loc. cit.

(5) Viertelj. für Derm. u. Syph., Heft 1, 1875, p. 1;

(6) Untersuchungen über Lymphdrüsen-Tuberculose. Tübingen. 1871.

(7) Loc. cit.

(8) Loc. cit.

La combinazione del lupus e dell'epitelioma è stata descritta da varii autori specialmente in questi ultimi tempi da Lang (1) e da Kaposi (2),

**Diagnosi.** — Il lupus volgare si deve distinguere dalla sifilide con cui è facilissimo confonderlo, rivolgendo l'attenzione alle papule, ai tubercoli, alle ulcere, alle croste, all'anamnesi e al corso della malattia. I periodi ulcerativi sono quelli che più si somigliano fra di loro. Le ulcere del lupus, nella maggior parte dei casi, relativamente sono superficiali; quelle della sifilide ordinariamente sono profonde e spesso hanno un aspetto incavato. L'ulcera del lupus ordinariamente è meno estesa di quella della sifilide. Nel lupus, inoltre, vi è, in generale, un certo numero di punti ulcerati che tendono a confluire, mentre nella sifilide, se ve ne sono parecchi, per lo più restano separati e distinti. I margini dell'ulcera sifilitica sono a picco, quelli del lupus non tendono a divenir tali. La secrezione dell'ulcera sifilitica generalmente è copiosa e di cattivo odore; nel lupus la secrezione è leggera e non ha cattivo odore. Le croste del lupus ordinariamente sono scarse e bruno-rossastre; quelle della sifilide sono voluminose e spesso verdastre. La storia delle due malattie è del tutto diversa; il lupus ha un corso molto lento mentre quello della sifilide relativamente è rapido. Quindici giorni o sei settimane spesso bastano a produrre l'ulcera caratteristica della sifilide; probabilmente sarebbero necessari mesi o anni perchè il lupus producesse lo stesso grado di distruzione. Se trattasi di un caso di sifilide quasi sempre vi sono altri sintomi di questa malattia. Le cicatrici del lupus generalmente sono contorte, dure, aggrinzate e giallastre; nella sifilide sono alquanto molli e biancastre e non tendono a divenire deformanti, tenuto conto del grado di ulcerazione che le ha precedute.

Il lupus non si deve confondere coll'epitelioma. Come si è detto possono mostrarsi insieme ma ciò è raro. La localizzazione di questa malattia, la sua indole ordinariamente dolorosa e la sua sede, non che l'indurimento circoscritto della lesione nella maggior parte dei casi, saranno utili per la diagnosi. Nei periodi ulcerativi, però, le due malattie possono rassomigliare l'una all'altra. La tendenza distruttiva dell'epitelioma è notevole, giacchè la perdita di sostanza di raro è così grande nel lupus. L'ulcerazione dell'epitelioma parte da un punto e, per lo più, si propaga perifericamente; quella del lupus comincia in generale, in molti punti entro la parte alterata. I margini duri, arrovesciati dell'epitelioma raramente, se non mai, si osservano nel lupus. L'ulcera dell'epitelioma per lo più è profonda, con una base ineguale, mentre quella del lupus è più o meno superficiale, con una base rossastra di fino tessuto di granulazione. Il corso dell'epitelioma in generale è più rapido di quello del lupus. L'epitelioma raramente ha luogo nei giovani; il lupus ordinariamente comincia nella fanciullezza.

Il lupus eritematoso non è mai accompagnato da ulcerazione e la mancanza di questa nota lo farà sempre distinguere dal lupus volgare. Le isole di lupus eritematoso sono superficiali, di colore

(1) Viertelj; für Derm. u. Syph., 1874, Heft 2, p. 165.

(2) Ibid., 1879, Heft 1, p. 73.



uniformemente rossastre e sono coperte da squame aderenti grigiastre. Sono inoltre circoscritte e vi mancano le papule o i tubercoli. Le glandole sebacee e i follicoli in generale sono rilevantemente passionati dal lupus eritematoso; nel lupus volgare non si alterano. Bisogna anche ricordare l'età in cui le due malattie ordinariamente si manifestano. L'acne rosaceo talvolta ha una certa rassomiglianza col lupus volgare, ma si può facilmente distinguere per i suoi vasi dilatati, per il colore, per la presenza di pustole di acne, per l'anamnesi e per il corso.

**Cura.** — Il lupus volgare è una delle più ostinate fra tutte le malattie cutanee. Di raro si vince se non si usano le più energiche misure. Io credo, però, che in questi paesi ceda alla cura, massime alla cura generale, un po' più che altrove. In Austria sembra che la malattia sfidi questi rimedj. Bisogna rivolgere l'attenzione allo stato generale dell'infermo ed anche all'età, al modo di vivere ed alle condizioni presenti, tanto rispetto all'estensione della malattia quanto rispetto allo stato di salute. Le influenze igieniche debbono aversi in conto di importantissime. Il tubo digerente deve essere tenuto in regolare funzione e procurare tutti i mezzi per promuovere un miglioramento generale. Importante pure è la dieta; deve consistere dei cibi più nutritivi, compresi la carne, le uova, il latte e la birra. L'olio di fegato di merluzzo è certo uno dei più eccellenti rimedj e deve essere largamente amministrato per lungo tempo. Il joduro di potassio ha quasi un egual valore; in certi individui ho visto che è riuscito mirabilmente. Bisogna sempre sperimentarlo prima di ricorrere a mezzi esterni energici. Il jodo ed il fosforo si possono anche usare con vantaggio, specialmente insieme all'olio di fegato di merluzzo. Secondo Neumann i bagni solforosi talvolta sono stati molto benefici.

I rimedj esterni, nella maggior parte dei casi, sono più importanti degli interni. Sono stati raccomandati parecchi, molti dei quali di natura caustica. Essi si debbono scegliere secondo lo speciale periodo e la varietà della malattia. Bisogna prendere anche in considerazione la superficie della regione del corpo che è stata attaccata. Nei primi periodi le applicazioni stimolanti si possono usare allo scopo di provocare l'assorbimento. A questo scopo si può ricorrere a parti uguali di tintura di jodo e glicerina, pennellate sulla parte, all'empastro mercuriale, al catrame ed all'unguento di joduro rosso di mercurio. Vidal (1), nelle forme non ulcerative, raccomanda l'olio di cascìu applicato con le frizioni ogni due o tre giorni. I caustici, però, sono necessari nella maggior parte dei casi. Fra questi la potassa, il nitrato d'argento, l'arsenico, l'acido pirogallico, l'acido carbolico, l'acetato di zinco, il joduro rosso ed il solfuro rosso di mercurio ed il cloruro di zinco, soli o in varie combinazioni, sono i più efficaci.

La potassa si può adoperare quando è necessario un effetto potente, ma si deve sempre maneggiare con cautela per causa della sua violenta azione. In forma di bacchettine si può applicare sui tubercoli e sulle parti ipertrofiche che bisogna distruggere. Una soluzione di potassa, alla dose di 3<sup>re</sup>, 80 a 7<sup>re</sup>, 60 per 31 gr., è anche

(1) Gazette des Hôpitaux, N.º 35, March 25, 1879,

utile applicata per mezzo di un piumacciuolo di filacce. L'operazione è dolorosa quantunque il dolore non continua a lungo, giacchè cessa neutralizzando l'alcali coll'acido acetico che si deve sempre applicare immediatamente dopo la cauterizzazione.

Il nitrato d'argento, in forma di bacchettina o di soluzione a parti eguali coll'acqua costituisce uno dei migliori caustici e si può applicare senza pericolo che restino cicatrici. Esso non penetra mai profondamente. Si può agire sulle papule e sui tubercoli penetrando in esse con una bacchettina di nitrato d'argento mentre le lesioni piane si curano molto bene con la soluzione, ripetutamente applicata per mezzo di un piumacciuolo di filacce. È il caustico più mite e più sicuro; perciò si deve usare sulla faccia, sulla quale bisogna temere la cicatrizzazione.

Da lungo tempo è stato usato l'arsenico. Esso ha la virtù di distruggere il solo tessuto ammalato, quando si applica, rispettando la pelle sana; ma la sua applicazione è dolorosa. La pasta di Cosme, com'è stata modificata da Hebra, è il miglior mezzo per adoperarlo:

Pr. Acido arsenioso	grammi	1,22
Solfuro rosso di mercurio	»	3,80
Unguento semplice	»	31
M. — F. unguento		

Di questo unguento se ne deve spalmare un grosso strato sopra un pezzo di tela e tenerlo strettamente applicato sulla parte per due o tre giorni consecutivi, finchè i noduli e i punti di lupus divengono nerastri e si distruggono. Nel secondo e terzo giorno il dolore può essere forte; gli effetti, però, qualche volta sono soddisfacenti. L'acido pirogallico è anche un rimedio caustico molto efficace, alquanto analogo all'arsenico per la sua azione, quantunque meno doloroso, e si può usare in forma di unguento alla dose di 3<sup>re</sup>,80 o 7<sup>re</sup>,60 per 31 gr. Relativamente non produce dolore.

Ripetutamente si è tentato l'acido fenico ma con esiti indifferenti. La sua azione è superficiale e produce molto dolore. L'acetato di zinco, di cui parla bene Neligan e più recentemente Weisse (1), si può applicare in forma di cristallo. Il suo uso dev'essere ripetuto di settimana in settimana finchè ha luogo la cicatrizzazione. Dicesi che il dolore talvolta sia grave, ma non continuo. Si può calmare coll'uso dell'acqua. Un unguento, composto di parti uguali di joduro rosso di mercurio e di unguento semplice, applicato sopra un pezzo di tela, è stato usato spesso da Hardy. Esso produce un effetto caustico, con secrezione dopo 6 o 12 ore, e consecutivamente si forma una crosta.

Si può usare il cloruro di zinco e il cloruro d'antimonio, con acido idroclorico tanto concentrato da sciogliere il cloruro di zinco. Questi ingredienti si debbono mescolare in un mortajo con polvere di radice di liquirizia in modo da costituire una pasta che si spalma sopra un pezzo di tela e si applica quando è ancor umida, lasciandola per 24 ore, dopo le quali si sarà formata un'escara. È un caustico molto forte e si deve applicare soltanto quando si desidera distruggere l'intera isola di lupus, giacchè esso agisce tanto sulla

(1) Amer. Jour. of Syph. and Derm., Oct. 1870.

pelle sana quanto sull'ammalata. Allo stesso scopo possiamo raccomandare la pasta di Vienna, che consiste di parti uguali di potassa e di calce. Se ne fa una pasta coll'alcool nel momento in cui si deve usare e si applica, per mezzo di un pezzo di tela, per non più di cinque o dieci minuti; esso distrugge ogni cosa con cui viene in contatto, producendo un'escara nerastra. Si deve arrestare l'azione del caustico per mezzo dell'acido acetico e medicare la parte con compresse di acqua o con unguento semplice. Quando si usa uno di questi due ultimi preparati la pelle che circonda la parte alterata dev'essere difesa con strisce adesive.

Il metodo di curare la malattia col raschiamento per mezzo del cucchiajo dermico, secondo le norme di Volkmann (1) di Halle, è stato coronato da gran successo e si può ritenere come uno dei mezzi più efficaci di cura. Lo strumento usato è un piccolo cucchiajo o palettina, metallico, rotondo ed ovale, con margini affilati. Di questi strumenti sono necessarie varie forme e grandezze, secondo il caso e il tessuto che si deve attaccare (2). Dopo raffreddata la parte si raschia o scava finchè si trova la base sana della lesione. Se si lascia qualche particella ammalata può avvenire una riproduzione della malattia. L'operazione, perciò, dev'essere sempre completa. Quando si trova difficoltà a distruggere le parti alterate col raschiamento si può coadiuvare questo metodo con quello dei caustici per esempio coll'acido pirogallico, coll'arsenico, col cloruro di zinco o col galvano-cauterio.

Da Hebra sono stati usati tanto il cauterio attuale quanto il galvano-cauterio, e da Neumann, Kaposi e Piffard sono stati anche raccomandati, massime l'ultimo. Si possono usare strumenti a punta aguzza, cilindrici o in forma di bistori, ovvero in taluni casi il filo metallico. L'operazione non è molto dolorosa. Neumann (3) dà la figura di uno strumento adatto a questo scopo. Quando è necessario distruggere molto tessuto si può usare con vantaggio il termo-cauterio di Paquelin.

La cura colle punture multiple o con la scarificazione è anche buona, poichè lo scopo è di provocare un'inflammatione traumatica, dietro la quale la malattia guarisce. Balmano Squire (4) ha ideato un metodo di scarificazioni lineari multiple per mezzo di un bistori a molte lame. Prima si fanno raffreddare le parti per mezzo di una miscela di ghiaccio e sale e poi si fanno alcune incisioni parallele sul tessuto attaccato dal lupus, alle quali se ne fanno seguire altre in direzione trasversale alle prime. La perdita del sangue è leggera ed il dolore cessa nel corso di un'ora o due. Se segue l'inflammatione attiva si possono usare le compresse fredde.

(1) Sammlung Klinische Vorträge, Nro. 13. Leipzig, 1870.

(2) Questo strumento si può avere da qualcuno dei migliori fabbricanti, fra cui ricorderò J. H. Gemring et Sons, di questa città, Tiemann et C., di New-York, e John Weiss et Son, di Londra.

(3) Lehrbuch der Hautkrankheiten, 5ter Auflage. Wien, 1880, pag. 463.

(4) Transactions of the British Medical Association. Archives of Dermatology, 1879, p. 413. Veggasi anche un articolo favorevole a questa operazione di Vidal negli Annales de Derm. et de Syph., Jan. 1880, p. 144; e Archives of Dermatology, Oct. 1879, pag. 425.



Le punture multiple per mezzo di strumenti con punta aguzza carica di glicerina iodata sono state anche usate da *Auspitz* (1) e da altri. *Schiff* (2) suggerisce una pipetta di gomma a cui stia attaccato un ago da siringa ipodermica; caricata questa con la soluzione caustica s'introduce la punta dell'ago nel nodulo di lupus e si inietta una sola goccia precisamente nel punto che si vuole.

**Prognosi.** — Questa è relativa alla forma della malattia, alla sua durata, all'età dell'infermo ed all'estensione della superficie presa dal lupus. La malattia ha un corso ostinatissimo e cronico. Se è circoscritta ad una sola parte o regione si può prevedere un esito più favorevole. L'esattezza della cura esterna ha anche un'influenza sulla prognosi. La deformità che accompagna e segue la malattia, in forma di cicatrici cattive e dure e di anchilosi delle articolazioni, ordinariamente è notevole.

### SCROFULODERMA

**Sintomi.** — Col nome di scrofuloderma intendo quegli stati morbosi della pelle che sono una manifestazione della speciale condizione dell'organismo indicata col nome di scrofola, di scrofolosi o di struma. Le lesioni cutanee variano materialmente, ma, nondimeno, nella maggior parte dei casi, sono caratterizzate da certe note generali che servono a distinguerle dalle altre malattie. Ordinariamente l'affezione comincia in una o parecchie glandole linfatiche, che divengono permanentemente grosse, costituendo tumori duri, rotondi o ovali, a principio non accompagnati da rossore o dolore. Il loro volume aumenta con lentezza. Raggiunte certe dimensioni, come ad esempio quelle di una mandorla, possono restare in questo stato, oppure, come avviene ordinariamente, rammollirsi. La pelle che li copre diviene iperemica, cronicamente infiammata, di colore violaceo e, gradatamente, si fa sottile e sensibile.

Con l'andar del tempo, per lo più in pochi mesi, si manifesta la fluttuazione e il tumore si rompe dando uscita ad un liquido composto di pus, di sangue, di siero e di una sostanza caseosa biancastra o giallastra, fioccosa. La natura del liquido varia, essendo talvolta puriforme; in altri casi fluido e acquoso. Lo scolo comunemente continua per un periodo indefinito di tempo. Si possono formare seni che spesso scavano cammini profondi ed invadono i tessuti adiacenti. Allora lo stato delle cose è cronico e può rimaner tale, migliorando e peggiorando di quando in quando per mesi ed anni. Presto o tardi però le glandole si rompono completamente lasciando ulcere, giacchè la tendenza della malattia è all'ulcerazione.

Le ulcere variano per la loro grandezza, forma, profondità ed aspetto generale, secondo la sede ed altre condizioni speciali. Ordinariamente sono allungate o in forma di mandorla. I loro margini sono irregolari, sottili, più o meno scollati o rosso pallidi o violacei. Le loro basi sono ineguali, e, comunemente, disseminate di granulazioni di cattivo aspetto, pallide e flosce, e danno sangue

(1) Ueber die Mechanische Behandlung der Hautkrankheiten. Viertelj. für Derm. u. Siph., VII. Jahrg., 1876, p. 562.

(2) Viertelj. für Derm. u. Siph., VII. Jahrg., 1880.

facilmente. Secondo il grado della secrezione e secondo la sua natura la formazione delle croste sarà leggera o rilevante, ma, in generale, è di poco conto. La crosta può essere brunastra o grigiastra e, per lo più sottile e aderente; quando si porta via, l'ulcera può dar sangue. L'ulcera scrofolosa non ha tendenza a guarire; il suo corso è cronico; il processo di riparazione è sempre lento; generalmente è dolorosa; la cicatrice, per lo più, è dura, contratta irregolarmente e nodosa.

Molto spesso la malattia si osserva sulla faccia sotto la mascella inferiore e intorno al collo. Diversi sintomi concomitanti, che indicano lo stato scrofoloso, accompagnano ordinariamente la manifestazione cutanea. Talvolta vi sono, massime nei fanciulli, alterazioni flogistiche croniche, scolo dalle orecchie e corizza. In altri casi tumefazione delle giunture ed ingrossamento delle ossa. La pelle, in generale, è pallido-giallastra, molle e floscia e talvolta tumida. Spesso si possono scovrire in una o in altra regione antiche cicatrici, conseguenza di scrofolo pregressa.

Invece delle lesioni suddescritte, che costituiscono le ordinarie manifestazioni cutanee, si possono sviluppare altre e più rare varietà della malattia. Talora questa si manifesta con la formazione di pustole di varia grandezza, spesso larghe, rotonde, ovali o irregolarmente conformate, giallastre, schiacciate, con un' areola rosso-scura o violacea. Le croste si formano con lentezza, cominciano nella parte centrale della pustola e possono essere complete o parziali. In generale sono schiacciate e scarse, per la qual cosa differiscono dalle consimili lesioni sifilitiche. Sono brunastre e aderenti, e quando protuberano, mostrano un'ulcera superficiale con le note generali che appartengono all'ulcera scrofolosa. Vi possono essere una, due o più lesioni; hanno un corso cronico e possono mostrarsi in qualunque regione, ma frequentemente si mostrano sullo sterno; sono seguite da cicatrici manifeste, molli e relativamente superficiali.

Un'altra e più rara manifestazione scrofolosa è caratterizzata dalla formazione di una o più escrescenze di varia grandezza, irregolarmente conformate, mal definite, papillari, verrucose e fungoidi, con una superficie pallida, rosso scura o violacea, escoriata, giallastra, puntiforme o foracchiata, segregante o coverta da croste. Queste escrescenze si osservano per lo più sulle mani e, in ultimo, sono accompagnate da deformità, le quali dipendono da cangiamenti che avvengono nelle parti profonde e talvolta nelle ossa. Il loro corso è eminentemente cronico. La malattia si deve distinguere dalla varietà verrucosa o ipertrofica del lupus volgare cui rassomiglia. La prognosi è sfavorevole.

Un'altra varietà della malattia di cui non ho mai trovato notizie nella letteratura e che credo debba essere ritenuta come una manifestazione di scrofolosi consiste nella formazione di pustole quanto una testa di spillo o un piccolo mezzo pisello, disseminate, giallastre, schiacciate, con un'areola ordinariamente protuberante e violacea. Per l'aspetto generale le lesioni rassomigliano a quelle del piccolo sifiloderma pustuloso. Le croste si formano gradatamente nel corso di una o parecchie settimane, e sono depresse, aggrinzite, dure o cornee, giallastre o grigiastre, che, con l'andar del tempo ca-

dono, lasciando cicatrici notevoli apparentemente foracchiate, indelebili, rassomiglianti a quelle del vajuolo. Le lesioni sono inoltre caratterizzate da un corso cronico distruttivo, che può durare per settimane o mesi. Esse appaiono a periodi irregolari, mostrandosene nuove a misura che spariscono le antiche, talchè l'infermo di raro ne è libero. La malattia può continuare per anni col manifestarsi in qualsiasi regione, ma, nei casi che io ho osservato, ha mostrato una disposizione a mostrarsi sulla faccia e sulle estremità. Generalmente vi sono altri sintomi di scrofolosi.

**Etiologia.** — La malattia può essere ereditaria o acquisita, ma, ordinariamente è ereditaria, giacchè, spesso, è conseguenza di matrimoni fra consanguinei. Le cause che si sanno capaci di produrre la malattia durante la vita sono un'alimentazione insufficiente o cattiva, le influenze esterne deprimenti di ogni genere, come ad esempio la lunga dimora nei climi freddi e umidi, l'aria impura, le abitazioni umide e senza luce, la mancanza di moto e simili. Si sa, inoltre che segue certe malattie, come ad esempio la roseola e la scarlattina, e, forse remotamente, nella 3.<sup>a</sup> o 4.<sup>a</sup> generazione, la sifilide. Si può manifestare per la prima volta nella prima fanciullezza. È più comune nelle razze colorate che nella bianca ed ha una speciale predilezione per i mulatti. Non è contagiosa. La natura del morbo è ancora involta fra le tenebre.

**Diagnosi.** — Si deve distinguere dal lupus volgare e dalla sifilide per la presenza dei sintomi generali concomitanti di scrofolosi e per gli speciali aspetti delle lesioni che differiscono materialmente da quelli del lupus volgare e della sifilide. Le note delle lesioni primarie, le ulceri, le croste ed il corso di queste tre malattie sono molto diverse.

**Cura.** — La cura deve aver di mira lo stato generale; i rimedi interni efficaci sono i preparati di ferro, di jodo e di zolfo, il fosforo, la calce e l'olio di fegato di merluzzo; l'aria di mare e le misure igieniche hanno la loro importanza. La dieta dev'essere generosa e deve consistere, per la maggior parte di cibi animali. Localmente le ulceri debbono essere curate con gli unguenti stimolanti, fra cui i più utili sono quelli di preparati mercuriali. Le lavande giovano pure; un'applicazione molto buona è quella di sublimato corrosivo e di alcool alla dose di un centigrammo e mezzo a sei centigrammi per 31<sup>re</sup>, che si possono allungare se è necessario. La tintura di jodo convenientemente allungata e la soluzione di cloruro di sodio si può anche usare con beneficio.

**TUBERCOLOSI DELLA PELLE.** — Si è disputato a lungo sull'esistenza dell'ulcerazione tubercolosa della pelle, ma, recentemente Chiari (1) ha riportato 5 o 6 casi, in tutti i quali erano alterate le labbra, ed in uno anche l'ano, ed in cui sembra che a buon dritto si possa ammettere l'ulcerazione tubercolosa. Jarisch (2) ha anche riferito un caso in cui l'ulcerazione avvenne sull'orecchio e sulla membrana mucosa della cavità orale. Le ulceri sono rotondeggianti,

(1) Wien. Med. Jahrb., 1877, Heft 3, p. 328, e Viertelj. für Derm. u. Syph., VI. Jahrg., 1879, pag. 269.

(2) Ibid., pag. 265.



ovoidali o (come nel caso di Jarisch) serpigginose con margini irregolari, rosicchiati, rosso vivi, tumidi, moderatamente infiltrati e la superficie ulcerante e granulosa è di colore giallo rossastro. La secrezione è fluida e scarsa; quando si toccano le ulcere non danno facilmente sangue. Quando hanno luogo sulle membrane mucose presentano nelle vicinanze piccole lesioni papulose giallastre, quanto una testa di spillo. La malattia invariabilmente si osserva negl'individui tubercolosi, ed ha un corso relativamente rapido. È molto rara. Chiari esaminò i cadaveri di 6,000 infermi, di cui il 60 per cento erano morti di tubercolosi, e trovò l'ulcera tubercolosa soltanto in 5 casi.

L'esame microscopico mostra un'infiltrazione dei tessuti sottostanti all'ulcera e circostanti, con numerose cellule linfoidee, inframmezzate quà e là da piccoli noduli, isolati o aggregati, rotondi (vedi tubercoli miliari), alcuni dei quali sono superficiali e corrispondono a lesioni giallastre sulla superficie dell'ulcera. I noduli sono composti di piccole cellule rotonde, e spesso sono rotti nel loro centro e subiscono la degenerazione caseosa.

Qui possiamo parlare della malattia nota col nome di *PODELCOMA*, di *PIEDE FUNGOSO DELL'INDIA*, di *MADURA FOOT* e di *MICETOMA*. È caratterizzato da tumefazione della parte alterata — ordinariamente il piede, quantunque possono essere attaccate la mano e altre regioni — e dalla formazione di lesioni della grandezza di un pisello, molli, tubercolose, che sono disseminate di masse di granuli nerastri, somiglianti a uova di pesce, le quali vengono fuori dai seni che stanno nell'interno della parte ammalata. La malattia si osserva principalmente nell'India ed è stata studiata dal Dott. *Vandyke Carter* (1) e dai Dott. *Lewis* e *Cunningham* (2), ma sembra che anche in questo paese ve ne siano casi, come il seguente riferito dal Dott. *Kemper* (3).

L'infermo era un giovane, americano di nascita, il cui piede sei mesi prima divenne rosso, tumido e doloroso, sorse in poche settimane estrema sensibilità della pianta del piede, con bolle su cui si formavano aperture da cui colava un liquido filante simile al bianco d'uovo. Più tardi si formarono ulcere, le quali si coprivano di una sostanza biancastra simile a muffa e che erano le aperture di seni scavati profondamente. A causa del gran dolore in ultimo si eseguì l'amputazione ed allora si scoprirono porzioni dei muscoli disfatte e contenenti masse di una sostanza simile a muffa che, sotto il microscopio, a 200 diametri d'ingrandimento, si trovarono composte di numerosi corpi granulari, scabri, irregolarmente conformati, giallastri, refrangenti, che il Dr. *Kemper* ritenne essere spore vegetali. Io credo che prima non sia stato descritto mai un caso di questa malattia occorso qui. La sua precisa natura non sembra stabilita positivamente. È discutibile se dipenda da un fungo.

A questo proposito possiamo anche parlare dell'*AINHUM*, malattia

(1) On Mycetoma. London, 1874.

(2) The Fungus-disease of India. Calcutta, 1875.

(3) Amer. Practitioner, Sept. 1876.

speciale della razza africana, che è stata recentemente descritta a lungo dal D. J. F. da Silva Lima di Bahia nel Brasile (1). È caratterizzata da una degenerazione grassa, lenta, progressiva, con aumento di volume, per lo più delle dita del piede, massime delle più piccole, e che passiona quasi tutti i loro elementi anatomici, e deriva da una strangolazione quasi lineare prodotta dalla presenza di una stretta striscia di cute contratta e dura. Questa, a principio, abbraccia una parte della circonferenza del dito e poi tutta nel sito della piega digito-plantare. Lo stringimento dopo 4 a 10 giorni, forma un solco circolare profondo che determina l'assorbimento delle falangi, l'obliterazione dei vasi e l'inevitabile caduta del dito. Dicesi che la malattia sia comune sulle coste occidentali dell'Africa ed anche tra certe tribù indiane dell'Asia. Nell'America Meridionale si osserva a Bahia, a Rio de Janeiro ed a Buenos Ayres. La causa è ignota.

La malattia conosciuta col nome di *ULCERA PERFORANTE DEL PIEDE* e sul continente Europeo, massime in Francia, col nome di *MALE PERFORANTE DEL PIEDE*, qui può anche essere ricordata. Secondo Savor y e Buttlin (2), i quali hanno recentemente pubblicato un eccellente articolo su questo argomento, il nome di ulcera non si attaglia bene alla lesione. Il suo carattere è vario, ma, ordinariamente, è qualificata da una piccola apertura simile all'orificio di un seno, nel centro di un grosso callo, che mena direttamente giù, per mezzo di uno stretto canale, all'osso scoperto e malato. Talvolta intorno all'orificio vi sono granulazioni. Non vi è che uno scarso scolo ovvero manca del tutto e, sotto ogni aspetto, la lesione è molto indolente; appena si suscita un po' di dolore sotto la pressione. Per lo più vi è anestesia della regione, con temperatura abbassata e tendenza alla perspirazione profusa.

L'ulcera, per lo più, sta sopra l'articolazione del metatarso con la falange, generalmente su quella del primo o dell'ultimo dito. Ve ne possono essere più d'una. Possono essere attaccate amendue i piedi. La malattia, secondo Savor y e Buttlin, è la conseguenza di pressione o violenza od offesa agli elementi la cui nutrizione è insufficiente o la cui vitalità è difettosa per malattia o degenerazione dei nervi della parte. La lesione è estremamente ribelle alla cura, giacchè, ordinariamente, si riproduce dopo l'operazione o anche dopo l'amputazione di un dito o di una porzione del piede. Si può ricorrere all'uso di una gamba artificiale dando così completo riposo alla parte.

(1) Arch. of Derm., Oct. 1880.

(2) Med.-Chir. Trans., vol. lxii., 1879 (con una cromo-litografia, con figure e una completa bibliografia).

## LEPRA.

*Sin.*, Elephantiasis Graecorum; *Lepra* Arabum; *Leocontiasis*; *Satyriasis*; *Leprosy*; *Ted.*, Der Aussatz; *Fran.*, La Lèpre; *Norvegiano*, Spedalskhed.

La lepra è una malattia endemica, cronica, maligna, costituzionale, caratterizzata da alterazioni nei nervi cutanei e negli elementi delle ossa, che finiscono con l'anestesia, con l'ulcerazione, con la necrosi, con l'atrofia generale e con la deformità.

**Sintomi.** — La malattia è costituzionale e passiona profondamente tutto l'organismo. Si manifesta con sintomi generali e locali di carattere rilevante. La sua invasione per lo più è lenta ed insidiosa, giacchè spesso decorrono anni prima che divenga accentuata. Nella maggior parte dei casi vi sono sintomi precursori consistenti in malessere, depressione morale, languore, sonnolenza, perdita dell'appetito, nausea, brividi, attacchi ripetuti di febbre, debolezza generale, prostrazione nervosa e dolori delle ossa. Questi sintomi possono essere gravi o leggeri, e continuare per settimane, mesi o anni senza che ne sorgano altri. Presto o tardi, però, si presentano segni più caratteristici, fra cui predominano le lesioni cutanee. Questi, come i sintomi primitivi, variano per forma; possono essere bollose, maculari, pigmentarie o tubercolose. Possono manifestarsi separatamente succedendosi l'una all'altra, o, come non di raro avviene, al tempo stesso se ne presentano parecchie o tutte. Le manifestazioni cutanee, come quelle della sifilide, sono notevoli per il loro carattere multiforme. Variano anche estremamente per il grado del loro sviluppo; talvolta costituiscono i principali sintomi della malattia, mentre, in altri casi, sono subordinati alle lesioni degli altri tessuti. Varj organi del corpo, massime i nervi, presto o tardi subiscono l'influenza del male. Così si vedrà che le manifestazioni cutanee non rappresentano che una fase di una grave e maligna alterazione generale.

Si conoscono due forme di leprosi: la tubercolare e l'anestesica, ma le due varietà non sono separate da una linea evidente di confine. Quantunque i sintomi di ciascuna per lo più siano ben distinti, non di raro appajono simultaneamente e su diverse parti del corpo. Inoltre una varietà può passare nell'altra. Da queste osservazioni si comprende che le manifestazioni dell'una e l'altra forma di malattia sono soggette a variare notevolmente.

**LEPRA TUBERCOLOSA. — LEPROSI TUBERCOLARE.** — Come indicano i nomi questa varietà è accompagnata principalmente dalla formazione di masse d'infiltrazione e di tubercoli; insieme a queste, però, trovansi altre lesioni, talvolta di carattere così accentuato come i tubercoli. Un'eruzione di bolle, simili a quelle osservate nel penfigo, ordinariamente costituisce una delle prime manifestazioni cutanee. Esse possono mostrarsi irregolarmente qualche tempo prima che appaiano altri sintomi più definiti. Si è detto che precedono più spesso la forma anestesica che la tubercolare della malattia.

Le macule si mostrano come lesioni distinte, levigate, brillanti, eritematose (**LEPRA MACULOSA**); comunemente sono definite e consistono di aree circoscritte d'infiltrazione; in altri casi non sono circondate da linea di confine ma si confondono coi tessuti sani.



Ordinariamente stanno allo stesso livello con la pelle, ma possono essere alquanto sollevate. Sono giallastre o rossastre e, a misura che divengono vecchie, assumono talvolta una tinta giallastra o brunastra scura. Non di raro sono giallastro-pallide ed hanno l'aspetto di un deposito solido, lardaceo, adiposo. Sono state rassomigliate ad un pezzo di lardo fresco, incastrato nella pelle; comunemente sono circondate da un margine rosa-delicato o colore di lella, che, dietro un più minuto esame, si vede costituito da minuti plessi di vasi sanguigni; la sensibilità è materialmente alterata dal principio e varia fra l'iperestesia e la completa anestesia; a principio sono per lo più iperestesiche, mentre più tardi divengono notevolmente anestesiche; possono mostrarsi su qualunque parte del corpo, quantunque le loro sedi più comuni siano il tronco e le superficie di estensione delle estremità; non di raro vi sono in tal numero da abbracciare una notevole superficie del corpo. Il loro corso è variabile; possono sparire e riapparire di quando in quando o possono restare come lesioni permanenti, nel qual caso il loro volume aumenta.

Presto o tardi la malattia si manifesta in forma di noduli e tubercoli di varia forma e grandezza che possono assumere il corso definito di tubercoli o svilupparsi in forma di masse elevate e di protuberanze di forma irregolare (LEPRA TUBEROSA).

Quando sono tipiche sono rotonde e di tutte le grandezze, da quella di una ciliegia a quella di una noce o anche più grandi. Esse o sono molto protuberanti o appena sporgenti; hanno un colore giallastro, brunastro o bronzino; la loro sede è sulla pelle e sui tessuti sottocutanei; si manifestano su tutte le regioni del corpo, ma in generale sono numerosissime sulla faccia.

La fronte, le sopracciglia, le guance, il naso, le labbra, il mento e le orecchie sono tutte parti favorite. Le altre parti del corpo, massime il tronco, le natiche, le braccia, le gambe e le dita delle mani e dei piedi sono pure attaccate spesso.

Le deformità che producono queste masse tubercolari o nodulari sono rilevanti; quando hanno luogo sulla faccia i lineamenti possono trasformarsi in un modo orribile, i tessuti sembrano più o meno gonfi ed infiltrati mentre la pelle quà e là è ingrossata, tumida e di aspetto deforme. Le linee naturali della superficie cutanea sono esagerate e danno alla faccia un'espressione triste. La pelle della fronte e delle palpebre ordinariamente è molto ingrossata e corrugata dando origine ad ardite prominenze che hanno fatto ricorrere la fantasia ad una somiglianza col capo del leone (LEONTIASI). Il naso, le guance e la bocca spesso sono anche sede di estese infiltrazioni. La deformità in generale è grande; più tardi, nel corso della malattia, sulla mucosa della bocca appaiono i tubercoli che si propagano nei varj meati, attaccando la faringe, l'epiglottide, la laringe e le narici. Gli occhi anche patiscono.

Il corso del tubercolo varia; può durare per un lungo periodo senza subire grandi cangiamenti, o, d'altra parte, si può rammollire ed ulcerare ovvero può sparire per assorbimento. L'ulcerazione ha luogo per lo più sulle dita delle mani e dei piedi e le ulcere sono coperte da croste aderenti brunastre.

**LEPRA ANESTESICA — LEPROSI ANESTESICA** — Questa varietà può apparire o insieme alla forma tubercolare o sola, nel qual caso è caratterizzata dalla presenza di alcuni altri sintomi oltre l'anestesia.

Frequentemente uno dei primi sintomi osservati è un'eruzione di bolle che appare in un modo irregolare di quando in quando ed è seguita da pigmentazione. Possono continuare a mostrarsi per un periodo indefinito e dopo sorgono i segni di anestesia nei siti delle prime bolle; in altri casi le macule, di cui si è parlato nel descrivere la forma tubercolare, costituiscono i primi sintomi. L'iperestesia della pelle è anche uno dei primi segni del morbo, giacchè l'infermo si lamenta di sensazioni dolorose e brucianti, consecutive per lo più all'anestesia, che si sviluppano o in una parte circoscritta o nella maggior parte della superficie cutanea. Le isole di macule sono anestesiche, tanto che spesso vi si può conficcare uno spillo senza che si senta dolore. Più tardi divengono similmente anestesiche parti della pelle in cui non vi sono macule; la pelle allora comincia ad atrofizzarsi ed è secca, giallastra o brunastra e più o meno aggrinzata.

Dopo quest'alterazione di struttura della pelle subiscono un'atrofia i tessuti sottocutanei e i muscoli, dando origine a deformità, massime delle dita delle mani e dei piedi. I peli e le unghie anche subiscono lo stesso cangiamento e si alterano nella loro struttura o cadono completamente. Le mani e i piedi si ammalano gravemente e sono soggetti a grande mutilazione. Le dita delle mani e dei piedi si curvano, si piegano in forma di uncino e si contraggono. Presto o tardi sono attaccate le ossa e ne segue distruzione delle articolazioni e delle ossa stesse. La pelle sopra le articolazioni si escoria e si ulcera; le estremità delle ossa si disfanno e le falangi, in ultimo, o si assorbono o cadono; non solo le dita delle mani e dei piedi ma anche le mani e i piedi si possono gradatamente perdere. Le estremità divengono più o meno completamente anestesiche e sono in gran parte devastate, talvolta fino alla metà del loro primitivo volume (**LEPRA MUTILANS**).

**Etiologia.** — Le cause della malattia, nonostante i grandi sforzi che finora si sono fatti per chiarirle, restano ancora oscure. Non dimeno sono stati raccolti molti fatti importantissimi da cui si sono tratte importanti conclusioni. La leprosi ha esistito da tempi immemorabili, giacchè negli scritti degli antichi se ne trovano descrizioni accuratissime. Attualmente la malattia in forma endemica è circoscritta a certe regioni geografiche che, però, abbracciano un esteso tratto di territorio, come si può scorgere dalla seguente enumerazione:

S'incontra in Africa, lungo i lidi del Mediterraneo e degli Oceani Atlantico e Indiano nonchè nell'interno del continente, e nell'Asia Minore, nell'Arabia, nella Persia, nell'India, nella China, nel Giappone, nel Kamtschatka, nelle varie isole dell'Oceano Pacifico e nell'Australia. Secondo le relazioni fatte nel 1872 vi furono 99000 ammalati di lepra nei territorii dell'India (1); nell'Europa si osserva nella Norvegia, nel mezzogiorno della Spagna, nella Sicilia, nella

(1) Leprosy in India. A report by T. R. Lewis, M. B., and D. D. Cunningham, M. B. Calcutta, 1877.

Grecia e nel Sud della Russia. Nell'emisfero occidentale s'incontra nel Messico, nell'America Centrale, nelle isole delle Indie Occidentali, lungo le coste dell'America del Sud e specialmente nel Brasile. Esiste anche con una certa diffusione nell'isola d'Islanda. Questa malattia trovasi anche negli Stati Uniti. L'argomento della leprosi nel nostro paese ha recentemente richiamato l'attenzione dei Dri. Hyde (1), Grünvold (2), Bendeke (3), Hoegh (4), Rohé (5), Salamon (6) e Jones (7) i quali hanno pubblicato relazioni di casi, come se ne è occupata anche la Commissione di statistica dell'American Dermatological Association (8). Certamente è un fatto che la malattia esiste sporadicamente in quasi tutte le parti del nostro paese, in alcuni siti più prevalentemente che in altri e negli indigeni come nei forestieri (9).

Dalle suddette cose si vede che la malattia è distribuita molto estesamente. Com'è naturale è molto più comune in certi siti che in altri, massime nell'Asia Meridionale e nelle isole dell'Oceano Pacifico. Sembra che la malattia sia cagionata da diverse influenze, secondo che sorge in un paese o in un altro; quindi è difficile determinarne le cause; certi punti, però, sono bene stabiliti. In moltissimi casi è ereditaria e può essere trasmessa da padre in figlio per una serie di generazioni. Le opinioni sono diverse circa la sua contagiosità. I Dri. Lewis e Cunningham (10) non la ritengono tale; il Dr. Ender (11), delle isole Sandwich, d'altra parte, crede che è contagiosa ed inoculabile. L'evidenza, certamente, sta contro la sua natura contagiosa.

Le cause più potenti che producono la malattia sono intimamente connesse col clima, con lo stato del suolo, coi cibi e colle abitudini del popolo. Le ricerche sulla natura del clima in quei paesi in cui esiste la malattia non danno luogo a nessuna conclusione che getti luce sull'argomento. Dalla distribuzione geografica si vede che, quantunque più comune nei climi tropici, si manifesta anche nei climi più freddi, come ad esempio nell'Islanda e nella Norvegia. Molti credono che lo stato del suolo abbia una grande influenza a produrre la malattia, credendosi che nei siti ov'è la leprosi vi sia una speciale « malaria ». Uno sguardo dato al paese mostrerà che

(1) Amer. Pract., Feb. 1879; e Chicago Med. Jour. and Ex., Dec. 1879.

(2) Trans. Amer. Derm. Assoc., 1879; e Arch. of Derm., Jan. 1879.

(3) Trans. Amer. Derm. Assoc., 1879.

(4) Ibid.

(5) Maryland Medical Journal, July, 1878.

(6) Proceedings of the Louisiana State Medical Association, 1879.

(7) New Orleans Med. and Surg. Jour., March, 1878.

(8) See Trans., New York, 1878-79.

(9) In Tracadie, nella provincia di New-Brunswick, per lungo tempo vi è stata una piccola colonia di leprosi. Nel 1863 era costituita da 23 individui. Essi erano francesi cattolici romani e delle infime classi. La malattia probabilmente, fu introdotta nel paese nella prima metà di questo secolo da una famiglia francese emigrata da St. Malò in Normandia.

(10) Leprosy in India. Calcutta, 1877.

(11) Louisville Medical News, 1879. Veggasi una relazione della malattia in queste isole dello stesso autore all'International Medical Congress at Philadelphia. Phila., 1877.



esso in gran parte è basso, paludoso, dominato dalla malaria, confinante colle coste marine o circondato da acque.

La maggior parte di quelli che sono attaccati dalla malattia appartengono alle classi più basse della società, vivono in mezzo alla più estrema miseria, quindi nelle condizioni più favorevoli allo sviluppo di qualsiasi malattia. D'altra parte la lepra attacca anche coloro i quali godono al massimo grado dei favori della fortuna. In molti dei siti ov'è la leprosi i cibi che gli abitanti usano sono di pessima qualità, consistenti in gran parte di pesce, di olio, di riso e di altri generi speciali del paese e di cui gli abitanti vivono quasi esclusivamente. La malattia si manifesta in ambo i sessi e si può presentare in qualunque periodo della vita, dalla fanciullezza all'età vecchia. Non ha alcun rapporto con la sifilide.

**Patologia.** — L'anatomia della leprosi è stata attentamente studiata da Danielssen e da Boeck (1), Virchow (2) Neumann, (3), Kaposi (4), Carter (5) ed altri, con risultati identici.

La malattia consiste in un deposito di nuova sostanza costituita da cellule simili a quelle che si osservano nel lupus e nella sifilide. Le parti infiltrate e i tubercoli sono stati esaminati in tutti i periodi di sviluppo. La loro struttura differisce alquanto secondo che sono formazioni recenti o antiche. Quando si tagliano tubercoli bene sviluppati presentano una superficie solida, giallastra o rossastra, finamente granulare. La massa ha la sua sede principalmente nel derma, ma spesso si estende al tessuto connettivo sottocutaneo. In generale non è circoscritta ma tende a propagarsi in forma d'infiltrazione diffusa o di processo irregolare. Consiste di una delicata rete contenente numerose cellule piccole, rotonde, indifferenti, fittamente ammassate. Secondo Kaposi nei tubercoli più giovani l'infiltrazione non è uniforme, ma consiste di piccoli focolaj che sono numerosissimi intorno ai vasi sanguigni con pareti grosse, alle glandole ed ai follicoli piliferi. Quanto più antichi sono i tubercoli o le isole d'infiltrazione, tanto più numerose divengono le cellule e tanto più uniformemente e densamente si ammassano, ed in ultimo la sostanza intercellulare sparisce quasi completamente. A misura che il processo si avvanza l'epidermide, i peli, le glandole sebacee e le sudoripare tutte si atrofizzano e col tempo si obbliterano più o meno. In ultimo i tubercoli tendono a rammollirsi, a disintegrarsi e rompersi, costituendo ulcere croniche superficiali o profonde; il loro corso può essere paragonato a quello del sifiloderma gommoso, quantunque sia più devastante.

I nervi subiscono cangiamenti notevoli e speciali, che sono stati descritti diffusamente da Virchow e da altri (6). I lunghi nervi, come l'ulnare o il mediano in generale sono infiammati cronicamente.

(1) *Traité de la Spedalskhed, avec un Atlas de 23 planches coloriées.* Paris, 1848.

(2) *Loc. cit.*, Bd. ii. p. 512.

(3) *Loc. cit.*, p. 362.

(4) *Loc. cit.*, vol. iv. p. 172.

(5) *Trans. Med. and Phys. Soc. of Bombay, 1862, New Ser., vol. viii.; Trans. Lond. Path. Soc., vols. xiii. and xiv.*

(6) *Loc. cit.*, Bd. ii. pp. 522, 523.

mente e, lungo il loro corso, qua e là tumefatti. Il colore si può alterare; infatti, invece di essere normale, può essere grigiastro o avere una tinta di fumo. Il nervo è anche generalmente più consistente del normale; la sua guaina esterna non è che poco alterata. Il nevrilemma ordinariamente è più o meno cangiato ed è talvolta indurito. Le lesioni più importanti, però, stanno nei setti che dividono i fascetti nervosi e nella sostanza interstiziale fra le fibre nervose, e consistono in un deposito di cellule molto refrangenti e densamente ammassate. Questi cangiamenti nei nervi spiegano i sintomi clinici d'iperestesia ed anestesia che sono tanto solenni nella lepra.

**Diagnosi.** — Nei paesi ove la malattia è endemica anche i sintomi precursori si dovrebbero ritenere sospetti, mentre la manifestazione dell'eruzione cutanea non dovrebbe lasciare alcun dubbio, ma non è così nei paesi ove la malattia è sporadica. I sintomi, però, complessivamente presi, sono così caratteristici che, se si tengono bene a mente, sarà quasi impossibile errare nella diagnosi.

Le varietà maculosa e tubercolosa si possono confondere con la sifilide (1). L'eruzione, nei primi periodi può rassomigliare al sifiloderma maculoso o papuloso. Essa, però, ne differisce, giacchè le lesioni generalmente sono più estese e più irregolari, tanto per grandezza quanto per distribuzione. Le isole eritematose di leprosi spesso sono tanto estese quanto la mano e mostrano segni d'infiltrazione solida in tutta la pelle. La pigmentazione e il colore sono anche speciali, essendo più o meno giallastri o brunastri; hanno, inoltre, un aspetto liscio verniciato. I tubercoli assumono varie grandezze e forme; sono per la maggior parte più grandi di quelli della sifilide, giacchè talvolta sono quanto una nocciuola o una noce. Possono essere di forma irregolare ed inegualmente protuberanti sulla superficie cutanea. Il loro corso è più lento di quello dei tubercoli sifilitici. L'espressione generale della faccia (sede ordinaria di questa forma di malattia) è speciale, giacchè i tessuti sono tutti più o meno infiltrati da neoformazione che dà ai lineamenti un aspetto tumido, cattivo, leonino, raramente osservato nella sifilide.

Più tardi nel corso della malattia i tubercoli e le parti infiltrate si rompono e formansi ulcere superficiali o profonde, coperte da croste nerastre aderenti, in generale meno voluminose di quelle che si osservano nella sifilide. Coll'ulcerazione sorgono altri sintomi caratteristici, come anestesia, distorsione delle mani e dei piedi, assorbimento del tessuto osseo, atrofia ed altri sintomi che denotano un'infezione generale profonda.

Le isole giallastre rotondeggianti di leprosi maculosa non si devono confondere con la vitiligo; le due malattie si possono distinguere senza difficoltà tenendo a mente che, nella vitiligo, lo stato di salute ordinariamente è buono e che la manifestazione

(1) Una leprosi somigliante a sifilide in un signore cubano capitò alla mia osservazione in questa città alcuni anni dietro. La malattia era stata osservata da parecchi medici, i quali avevano fatto la diagnosi di sifiloderma tubercolare ulceroso. Per una relazione di questo caso con fotografia veggasi *Phot. Rev. of Med. and Surg.*, vol. i. p. 72.

della malattia consiste nella semplice mancanza di pigmento con un margine nel quale per lo più è aumentata la quantità di sostanza colorante; la pelle, inoltre, ha una struttura e sensibilità normali, è levigata e il segno unico della malattia non è altro che l'alterazione di pigmento. Le macule di leprosi, d'altra parte, consistono di pelle infiltrata, che ha la forma di un distinto deposito di sostanza dall'aspetto lardaceo, che generalmente è solido e, o molto iperestesico o molto anestesico.

La leprosi maculosa si deve anche distinguere dalla morfea, la quale è una malattia di natura del tutto diversa. Essa non è accompagnata da sintomi di alterazione costituzionale, giacchè lo stato generale per lo più è buono. Le isole inoltre differiscono da quelle della leprosi in quanto hanno una sensibilità normale e per il loro corso, giacchè, per lo più, tendono alla guarigione spontanea.

**Cura.** — Questa è del tutto insoddisfacente; non vi è bisogno di enumerare i molti rimedii che, di quando in quando, sono stati usati contro la malattia; basta dire che si sono sperimentati inefficaci. Finora non si è trovato nessun specifico. I rimedii, però, che oggi ordinariamente si adoperano hanno la virtù di far migliorare lo stato generale della lepra. Il metodo di cura da cui sono stati tratti i migliori beneficii è quello che tien di mira il miglioramento dello stato generale. Il cangiamento di clima e di residenza è la prima cosa che bisogna fare ed è importantissima. Se è possibile bisogna scegliere un clima temperato e rinvigorante. L'individuo deve prendere una nuova casa, deve stare rigorosamente alle norme igieniche, fare un moto regolare e uso frequente di bagni. Anche sulla nutrizione bisogna stare molto attenti, scegliendo i cibi più sostanziosi. I tonici, specialmente la chinina e le acque naturali minerali, si debbono prescrivere. Tilbury Fox parla bene della chinina e dice d'aver ottenuto risultati molto favorevoli dall'uso di essa in larghe dosi. Il joduro di potassio, il jodo, lo arsenico, il mercurio e l'olio di fegato di merluzzo si possono anche amministrare allo scopo di avere un'azione alterante. Si cureranno i sintomi a misura che si presenteranno.

La cura locale è anche importante. Sono utili i bagni medicati col jodo o con lo zolfo o semplici. Si usano alcuni rimedii allo scopo di far migliorare le lesioni della pelle, la maggior parte dei quali tendono a promuovere l'assorbimento dell'infiltrazione (1). Essi si usano principalmente in forma di olii e di unguenti. Sono raccomandati moltissimo l'olio di cacciù, il balsamo Gurjun e l'olio di Chaulmoogra internamente ed in forma di unzione; sono utili soprattutto come rimedii esterni. Il primo di questi è stato usato su vasta scala dal Dr. Beaupersuy con un certo successo. Quando al balsamo Gurjun gli osservatori sono di pareri opposti, quantunque, in complesso, non si può negare al rimedio un valore. Secondo il rapporto ufficiale sul suo uso nell'asilo dei leprosi a

---

(1) Si consulti il Leprosy Report of the College of Physicians. London 1867, per una lista dei rimedii adoperati e per un largo ed importante materiale relativo alla malattia.



Mahaica, Guiana inglese, scritto da Hillis (1), su 32 infermi sottoposti alla cura durante nove mesi, 25 migliorarono molto. Il Dr. Young (2), del Mission Hospital a Bombay, riferisce 6 casi curati durante otto mesi con l'olio di Chaulmoogra di cui 5 migliorarono molto. A principio l'olio deve essere dato a piccole dosi.

**Prognosi.** — Questa è sfavorevolissima, giacchè soltanto in quei casi in cui l'infermo si può dare a tutt'uomo alla cura della sua malattia è da sperare un miglioramento, ed anche in molti di questi casi l'effetto non è soddisfacente. Quanto più presto si riconosce la malattia e si sottopone ad una cura tanto maggiore è la speranza di vincerla; dopo che essa si è diffusa per i tessuti la prognosi è tremenda.

La FRAMBOESIA, chiamata anche YAWS, PIAN, ENDEMIC VERRUGAS, è una malattia endemica caratterizzata da sintomi generali e cutanei, che ha luogo nelle Indie Occidentali, massime a Jamaica e a Dominica, nei varii paesi dell'America del Sud, nelle isole Fiji, e Ceylon e lungo la costa orientale dell'Africa. La malattia è stata studiata attentamente dai Dr. Milroy (3) e Imray, di Dominica; dal Dr. Bowerbank (4), di Jamaica, da Jonathan Hutchinson (5) e dal Dr. Ward di Perù (6). Io descriverò soltanto i sintomi cutanei. L'eruzione consiste di papule rossastre di varia grandezza, di tubercoli e tumori che, per lo più, si trovano in tutti i periodi del corso della malattia. Cominciano come punti quanto una testa di spillo, rossi, duri, e in ultimo raggiungono la grandezza di un mezzo pisello, e rassomigliano per lo aspetto esterno al ribes rosso o ai piccoli lamponi. A misura che crescono tendono a divenire schiacciati sui loro apici ed a caricarsi di punti giallastri. Coll'andar del tempo giungono alla grandezza di ciliege, si fanno più molli e possono rompersi ed ulcerarsi, dando uscita ad un liquido tenue, fetido, giallastro. Le lesioni, benchè ordinariamente sono rotondeggianti e semiglobulari, possono essere di qualunque forma; talvolta confluiscono formando isole di natura vegetante o fungoide.

L'aspetto dell'eruzione varia secondo il periodo della malattia e secondo che l'infermo è di razza nera o bianca; le papule sono rossastre o giallastre. Secondo il Dr. Imray « se si esaminano le lesioni quando appaiono alla superficie della pelle si vedranno uno o più minuti punti o macchie giallastre o grigiastre non maggiori di una testa di spillo. Queste macchie gialle risaltano molto chiaramente sulla pelle dei negri. Le macchie gradatamente s'ingrandiscono e cominciano a protuberare sulla superficie cutanea, conservando, per la maggior parte, la loro forma circolare, e rassomigliano molto a piccoli globuli di pus giallo. » Lo stesso scrit-

(1) British Medical Journal, April 26, 1879.

(2) Practitioner, Nov. 1878.

(3) Report on Leprosy and Yaws in the West Indies, by Gavin Milroy, M. D. London, 1873.

(4) Citato nell'opera del Dr. Tilbury Fox Diseases of the Skin.

(5) Catalogue of the New Sydenham Society's Atlas of Skin Diseases, Part. II. p. 145. Veggasi inoltre la tavola XLI.

(6) Transactions of the International Med. Congr. of Philadelphia. Phila., 1877.

tore paragona i tubercoli tipici ad un « pezzo di lucignolo di grosso cotone, del diametro presso a poco di un quarto di pollice, immerso in un liquido giallo sporco e impiantato sulla pelle sovra un'area sporca, crostosa, brunastra e più o meno protuberante ». Egli crede che questo paragone, quantunque non così elegante come quello con le fragole, sia più esatto. Hutchin-son, il quale riferisce un caso riguardante un inglese, paragona l'aspetto della lesione al ribes rosso, con apice schiacciato, color rosa chiaro, vitreo e semitrasparente, ma che ha l'aspetto di un lampone più che del ribes. Le lesioni più grosse, egli aggiunge, rassomigliano a piccole ciliege. La superficie dei tubercoli varia; può essere levigata o leggermente squamosa o in uno stato di ulcerazione, coperta da liquido giallastro e da croste.

L'eruzione, generalmente, si manifesta sulla faccia, sulle estremità superiori ed inferiori e sui genitali; i più grossi tumori nascono sulle labbra, sulle palpebre, sulle dita del piede e sugli organi genitali. Le lesioni non sono regolarmente distribuite; non producono nè dolore nè prurito; il corso della malattia è variabile, può continuare per mesi, o, se è trascurata, per anni. Molti osservatori la ritengono contagiosa (1); probabilmente non è ereditaria; non ha relazione con la sifilide.

La cura, secondo il Dott. Jmray « è tanto semplice quanto ordinariamente efficace », la quale opinione è parimente sostenuta dal Dott. Milroy e da altri. Essa consiste nel badare alla nettezza, all'igiene, alla buona alimentazione ed all'uso giudizioso dei tonici. Localmente le lesioni si curano benissimo con la soluzione di acido fenico o con un debole unguento di nitrato di mercurio.

La PELLAGRA, conosciuta anche come RISIPOLA LOMBARDA, MAL ROSSO, MAL DELLA ROSA e LEPROSI LOMBARDA è una malattia endemica costituzionale, caratterizzata da una flogosi cronica della pelle, di natura eritematosa, accompagnata, per lo più, da disturbi del tubo digestivo e da sintomi cerebro-spinali. L'eruzione si limita a quelle parti che sono ordinariamente esposte ai raggi del sole, come il dorso delle mani e dei piedi, le braccia, le gambe, il petto e il collo. La pelle diviene rossastra ed è la sede di violente sensazioni di bruciore che si aggravano molto sotto l'azione dei raggi solari. L'infiammazione può essere superficiale o profonda. In ultimo l'epidermide comincia a desquamarsi, lasciando una superficie nerastra, lucente, spesso screpolata. Secondo Rayer (2), l'infiammazione può essere grave ed allora l'epidermide si solleva in forma di vescichette o di grosse bolle irregolarmente conformate; ne segue la formazione di croste. In altri casi l'epidermide s'ingrossa, si fa dura e secca, giallastra o brunastra, senza che vi sia stato precedentemente rossore o bruciore. I sintomi sono nel loro acme durante l'estate; si calmano col sopraggiungere dell'inverno. Ritor-

(1) Ci consulti riguardo a tale quistione un recente lavoro del Dr. Nichols, Medical Times and Gazette, vol. I. 1880. Nello stesso volume si trovano anche parecchi altri articoli, che danno notizie molto importanti circa la malattia, dei Dri. Bowerbank e Milroy.

(2) Treatise on Diseases of the Skin, English translation, London, 1835.

nano, però, nell'anno seguente e, per lo più, in una forma aggravata.

Insieme alle manifestazioni cutanee vi può essere alterazione della salute, consistente nella perdita dell'appetito, nella sete, nausea, indigestione, dolori addominali con diarrea o costipazione. L'infermo si debilita e diviene febbricitante e il suo peso diminuisce. Oltre a ciò spesso si manifestano sintomi nervosi caratterizzati da vertigini, da dolor di capo e della midolla spinale, delirio, convulsioni, perdita della memoria, perdita del potere muscolare e melanconia. Il corso della malattia è variabile. Può durare per parecchi anni o indefinitamente. Per lo più cede alla cura. Fra le classi più povere frequentemente è mortale.

È una malattia endemica del Nord dell'Italia, massime della Lombardia e della Toscana. Si osserva anche nel mezzogiorno della Francia ed in Spagna. Dicesi che sporadicamente sorga anche in altre contrade, come in Romania. Si manifesta specialmente fra le classi più povere, massime fra quelli che si danno ai lavori di agricoltura. Attacca ambo i sessi, ma è più comune fra le donne e soprattutto nell'età media; ma può sorgere in ogni età, anche nella fanciullezza e nell'infanzia. Per lungo tempo la malattia è stata oggetto di grandi discussioni, quantunque ora è generalmente ammesso che sia prodotta dall'uso di gran turco alterato (ergotinizzato), che gli abitanti dei luoghi ove domina la pellagra consumano in gran quantità come alimento. Secondo H a b e r l a n d t (1) dipende dall'olio rancido del gran turco. È stata anche attribuita alla malaria, alla cattiva igiene, all'estrema povertà, all'acqua cattiva e simili cause che, ordinariamente, tutte esistono ove la malattia è endemica. Il sole è la causa eccitante. La cura deve tener di mira lo stato generale.

### SIFILODERMA.

*Sin.*, Sifilide cutanea; Dermatosifilide; Sifilide della pelle.

Con questo nome si abbracciano varie manifestazioni sifilitiche cutanee. I sifilodermi, o sifilidi, come anche si chiamano, sono numerosi e costituiscono un'importante gruppo di sintomi. Essi hanno luogo sotto varie forme, presentandosi, in fatti, nella forma di tutte le lesioni comuni alle altre malattie cutanee. Possono aver luogo in qualsiasi periodo nel corso della malattia, dando origine o a leggero disturbo o a grave deformità.

Prima di descriverli minutamente dobbiamo occuparci di certi aspetti generali caratteristici di questo gruppo. Comechè variano quanto al grado con cui si presentano, nondimeno hanno un significato ed un valore sotto l'aspetto diagnostico. Possiamo enumerarli sotto le seguenti rubriche.

**SINTOMI GENERALI.** — Questi ordinariamente mancano. Tranne la febbre sifilitica che sorge nel periodo secondario della malattia, e soprattutto il sifiloderma eritematoso, raramente vi sono segni che indicano un'alterazione generale. Talvolta si osserva che alcune delle eruzioni diffuse sono precedute da leggera febbre, da perdita

(1) Citato da Neumann, loc. cit.



di appetito, da debolezza, da dolori reumatoidi muscolari, da dolori osteocopi, soprattutto dell'ulna e della tibia e da emicrania, per lo più circoscritta ad una metà laterale del capo. Ma più spesso questi sintomi mancano e l'eruzione si manifesta senza disturbi generali. L'infermo, nella maggior parte dei casi, gode un buono stato di salute.

**SINTOMI CONCOMITANTI.** — Altri segni della sifilide ordinariamente non mancano. Nelle prime eruzioni si possono vedere l'ulcera o la sua cicatrice, l'indurimento delle ghiandole inguinali, l'ingorgo delle ghiandole cervicali, lesioni alla gola, alopecia e le piastre mucose sulla bocca e sui genitali; durante i primi tre o quattro mesi ordinariamente vi sono parecchi di questi sintomi; colle eruzioni posteriori, dopo il primo anno, spesso vi sono dolori osteocopi, lesioni ossee, alopecia permanente ed altri sintomi che indicano direttamente la sifilide.

**SEDE.** — Non hanno una regione speciale come sede; tutte le parti della pelle possono andarvi soggette. Le diverse forme di eruzione, però, hanno un'accentuata preferenza per certi siti. Le prime eruzioni sono più o meno generalizzate a tutto il corpo, mentre le ultime sono meno numerose e largamente distribuite. Il sifiloderma eritematoso si mostra prevalentemente sul tronco; le papule tendono ad occupare i genitali ed il dorso del collo; i tubercoli si osservano frequentemente sulla faccia e sul dorso, mentre le palme delle mani e le piante dei piedi, sono le sedi comuni della manifestazione papulo-squamosa. La simmetria ordinariamente si nota soltanto nelle prime diffuse eruzioni; più tardi la distribuzione delle lesioni generalmente è irregolare,

**CARATTERE MULTIFORME DELLE LESIONI.** — Esse assumono una grande varietà di forme di eruzione primaria. Si manifestano come macule, papule, pustole, tubercoli e bolle insieme a molte modificazioni; fra esse la papula è la più comune. Queste varie lesioni, inoltre, hanno una notevole tendenza a mostrarsi associate. O si seguono l'una all'altra o, com'è il caso più frequente, parecchie appaiono al tempo stesso. Così, spesso, vi sono simultaneamente macule e papule, ovvero papule e pustole. Talvolta, massime nelle prime eruzioni, un certo numero di lesioni diverse, incluse le macule, le maculo-papule, le pustole, le vescico-pustole, le squame, le croste e le ragadi, si possono osservare disseminate alla superficie cutanea. Il polimorfismo ha luogo più facilmente nelle lesioni primitive che nelle tardive, ma anche in queste si può notare. Le lesioni seguono un corso senza leggi fisse, una papula, per esempio, o resta tale, subendo modificazioni, o si trasforma in pustola. Non vi è nessuna regolarità di corso.

**CONFIGURAZIONE DELLE LESIONI.** — Le prime lesioni tendono ad assumere una forma rotonda, ma, più tardi, hanno un'accentuata tendenza a mostrarsi in una forma circolare o semicircolare. Ciò specialmente avviene nelle ultime manifestazioni, come, ad esempio, nelle papule ricorrenti e nei tubercoli. Le più tardive, però, quando sono uniche, spesso conservano una forma rotonda accentuata.

**COLORE.** — Il colore varia secondo le lesioni, secondo il periodo di sviluppo e secondo l'individuo che può avere pelle chiara o scura. Le prime lesioni a principio sono rosso-rosee, ma ad un

grado minore, più scuro di quello degli altri esantemi. A misura che la freschezza della cute si dilegua le lesioni assumono la così detta tinta sifilitica. Talvolta l'hanno dal principio. La tinta sifilitica, che, però, non può essere ritenuta come caratteristica, osservandosi in altre malattie, come ad esempio nel lupus volgare e nella psoriasi, è accentuatissima nelle papule e nei tubercoli. Essa o è rosso-brunastra, pallida, oscura, o rosso-giallastra scura o color di rame. La tinta rosso-brunastra, paragonata anche al colore di una fetta di magro prosciutto, ordinariamente si osserva nelle natiche, mentre la tinta rameica è più comune nei tubercoli.

**CORSO.** — Quanto al tempo nessuna legge governa il corso delle lesioni sifilitiche. Esso però, ordinariamente, è lento. Non di raro si può osservare che si trasformano l'una nell'altra, come ad esempio le papule nelle pustole. Esse hanno una notevole tendenza a ripresentarsi di quando in quando. Non sono di natura flogistica, e, sotto questo aspetto, differiscono dalle malattie infiammatorie, ad alcune delle quali tanto spesso rassomigliano in apparenza.

**SINTOMI SUBBIETTIVI.** — Solo di raro le lesioni sono accompagnate da sensazioni di prurito e di bruciore. Generalmente non vi è nessun sintomo subbiettivo. Non raramente, infatti, l'infermo s'accorge della loro presenza dal vedere o dal sentire le lesioni. Se, però, sono soggette ad irritazione esterna, come confricamento, sudore o altri irritanti, può sorgere il prurito. Il piccolo sifiloderma papuloso e pustoloso, talfiata è un'eccezione alla regola, essendo, non di raro, accompagnato da prurito. Sul capo la malattia talvolta produce forte prurito.

Le lesioni raramente sono accompagnate da dolore. Le ulceri, però, se han sede sulle ossa o sulle estremità, massime sulle gambe, spesso sono dolorose e talvolta ad un grado estremo.

**SIFILODERMA ERITEMATOSO.** — (*Sin.*, Sifiloderma maculoso; sifilide eritematosa; sifilide cutanea maculosa; roseola sifilitica; sifilide esentematica).

Questa lesione consiste in macule di varie grandezze e forme che si presentano come eruzione generale. Le lesioni sono allo stesso livello con la pelle circostante, o sono leggermente prominenti e spariscono con la pressione. Per grandezza variano da quella di un pisello a quella dell'ugna di un dito. La loro forma è alquanto irregolare; possono essere rotondeggianti, ovoidali o di raro cercinate. Il loro contorno, per la maggior parte, è mal definito; ma il cangiamento di temperatura, massime dal caldo al freddo, può far sì che sporgono più sensibilmente. Alcune di esse sono sempre meglio definite di altre. Come ordinariamente si vedono danno alla pelle un aspetto picchiettato o marmorizzato. Sono pallide, rosse scure o rossastre; la tinta, però, varia molto secondo la loro antichità ed anche secondo la complessione dell'infermo. A principio hanno una delicata tinta rosea che può subito sparire con la pressione; più tardi divengono alquanto più scure, passando ordinariamente al rosa scuro e al porporino che resta permanente. A misura che si dileguano acquistano una tinta pallida, giallastra sporca, bruno grigiastra o rameica. Quanto a numero sono sempre multipli;

si possono vedere sparse o, come più spesso incontra, affollate, e talvolta a tal grado da coprire completamente tutta la superficie cutanea. Quando sono molto numerose possono confluire.

Generalmente si mostrano per la prima volta nelle vicinanze dell'ombelico; si propagano subito al torace e, in ultimo, a tutte le parti del corpo, ma sono sempre in singolar modo distinte sul torace e sulle superficie di flessione degli arti. Le palme delle mani e le piante dei piedi spesso le presentano; il dorso delle mani e dei piedi, però raramente; la faccia frequentemente resta libera. Non hanno nessuna disposizione a conformarsi in isole, in cerchi o in altro modo; si mostrano senza un ordine di distribuzione (1).

L'eruzione non è accompagnata da sintomi di calore o di prurito, tranne quando erompe repentinamente sovra larghi tratti; spesso l'infermo non è conscio della sua presenza fino a che non passano alcuni giorni.

Il sifiloderma eritematoso è il primo fra i sifilodermi. Generalmente si manifesta dalla sesta all'ottava settimana, dopo che la lesione iniziale o ulcera è stata conosciuta per la prima volta; talora, però, si presenta in un periodo molto più tardivo, per esempio nel secondo anno, ed allora può assumere la forma cercinata. La sua manifestazione è ritardata dalla cura; si può mostrare con o senza disturbi generali. Spesso comincia con malessere e leggera febbre di breve durata, la così detta febbre sifilitica. Ordinariamente è accompagnato da altri segni di sifilide, come l'ulcera o la sua cicatrice, l'ingorgo dei ganglii cervicali, le piastre eritematose o mucose delle fauci, i dolori lungo il corpo, massime nelle articolazioni, l'alopecia e la superficiale desquamazione delle palme delle mani e, talvolta, delle piante dei piedi.

Lo sviluppo dell'eruzione per lo più è lento, giacchè passano parecchi giorni o una settimana prima che raggiunga il suo acme, quantunque alcune piastre raggiungano il loro pieno sviluppo in pochi giorni; talvolta però erompe con rapidità e violenza. Il suo apparire può essere affrettato da indebito eccitamento o dal moto esagerato; talvolta lo provoca un bagno caldo. La sua durata è variabile, giacchè dipende dal grado d'iperemia e dalla cura; può durare poche settimane, un mese o più. Si dilegua gradatamente, in generale non è accompagnata da desquamazione, lasciando una pigmentazione cutanea leggermente grigiastra, giallo-brunastra o giallastra, che sparisce alla sua volta anche lentamente. Le ricadute possono aver luogo durante il primo anno, ma, per lo più l'eruzione è meno diffusa.

Il sifiloderma eritematoso si osserva più frequentemente di qualunque altra forma di eruzione sifilitica. È molto comune, giacchè, probabilmente, ha luogo in tutti i casi di sifilide, benchè spesso sfugga all'osservazione. Varia, però, estremamente quanto al grado del suo sviluppo. Talvolta è accentuato, mentre, in altri, casi, come si è asserito, è tanto leggiero da sfuggire all'ispezione. La cura, ordinariamente, lo fa sparire subito.

La diagnosi, per lo più, non è difficile. Esso si deve distinguere

(1) Una figura della forma ordinaria dell'efflorescenza si può vedere nella tavola I del mio *Atlas of Skin Diseases*.



dalla rosalia, dal morbillo e dalla urticaria, dalle eruzioni cagionate da certe droghe, specialmente dalla belladonna, dal bromo, dal copaive, dal cubebe, dal jodo, dal mercurio e dalla chinina; e dalla tigna versicolore e dall'eritema semplice. La mancanza di sintomi febbrili e catarrali ed il suo corso serviranno a non farlo confondere con la rosolia. L'eruzione di rosolia, inoltre, è speciale, essendo in forma semilunare, e pustolosa. Il morbillo o rosolia tedesca, è caratterizzato da macchie piccole, rotondeggianti, spesso confluenti, rosee o rossastre; inoltre è preceduto da sintomi pirettici, ed è accompagnato da leggera infiammazione delle mucose, come nella rosolia. L'eruzione si dilegua dal quarto al quinto giorno. È una malattia epidemica che, per lo più, ha luogo nei fanciulli teneri. L'urticaria si può sempre riconoscere dalla sua repentina apparizione, dalla presenza di ponfi, dalla breve durata dell'eruzione e dalla costante presenza del prurito in grado notevole. L'efflorescenza che segue alla ingestione del copaive e del cubebe consiste in macchie isolate o confluenti, rossastre, di breve durata e dipendenti dall'uso di queste sostanze. Oltre a ciò ordinariamente vi è molto prurito. Il modo di aggrupparsi e di localizzarsi delle altre eruzioni medicinali, accompagnate comunemente da febbre che, per lo più, sorge repentina, e l'anamnesi, ordinariamente serviranno a rendere la diagnosi facile. Le macule della tigna versicolore divengono talvolta rosee, rossastre o giallo-brunastre; quando sono piccole, numerose e disseminate possono rassomigliare al sifiloderma; ma la confusione è appena possibile quando si fa un'ispezione accurata.

**SIFILODERMA PAPULOSO** (*Sin.*, Sifiloderma papuloso; Sifilide cutanea papulosa).

Esso è caratterizzato dalla formazione di papule che variano molto per grandezza, forma, distribuzione e corso. Le note che presentano sono del tutto diverse, secondochè le lesioni sono piccole o grandi, acuminate o schiacciate, disseminate o aggruppate. I varii periodi per cui passano e le modificazioni cui sono soggette danno origine a sintomi che rendono necessaria una descrizione separata di essi.

*Piccolo sifiloderma papuloso.* — (*Sin.*, Sifiloderma papuloso miliare; Lichen sifilitico). Questa forma consiste in un'eruzione di piccole o minute papule disseminate o aggruppate, più o meno confluenti. Esse sono quanto una testa di spillo o quanto un acino di miglio; evidentemente protuberanti, danno al tatto una sensazione di corpo solido alquanto duro o scabro. Per forma sono rotonde ed acuminate. I loro apici possono essere perfettamente lisci o coverti da fine squame; non di raro si osservano pustulazioni acuminate, massime in quelli a traverso i quali sporge un pelo. L'eruzione può essere complicata da pustole piccole miliari, in numero variabile, e ciò si osserva non infrequentemente (1).

Le papule talvolta sono di colore chiaro, e, quando sono in gran numero, in modo da costituire un'eruzione generale, possono avere una tinta viva, ma più tardi divengono più scure o rosso bruna-

(1) Una figura di amendue le lesioni si può osservare nella tavola N del mio Atlas of Skin. Diseases.

stre scure. L'eruzione può divenire notevole ed occupare una grande estensione della superficie cutanea, o in forma disseminata o a gruppi fittamente accumulati; talvolta costituiscono piastre quasi solide. Spesso si vede sulle spalle, sulle braccia, sul tronco e sulle coscie.

Può essere una manifestazione primitiva o tardiva; talvolta mostrasi durante il terzo o quarto mese, in altri casi più tardi dopo che hanno avuto luogo altre lesioni. Ha un corso cronico ed è ribelle alla cura. Io credo che s'incontri più spesso negli uomini che nelle donne. Le recidive sono frequenti. Le papule grandi, schiacciate, come le papule umide, spesso si possono trovare contemporaneamente sovra altre regioni del corpo.

Si può confondere con la cheratosi pilare in quei casi in cui le papule sono minute, perforate da un pelo e disseminate in gran numero sul corpo e sulle estremità, massime nella razza colorata. Rassomiglia anche molto al Lichen scrofoloso ed alla psoriasi punteggiata. Non si deve confondere con l'eczema papuloso. Ordinariamente si può diagnosticare per la presenza di altri sintomi di sifilide.

*Grande sifiloderma papuloso.* — (*Sin.*, Sifiloderma papuloso lenticolare). — Le lesioni sono grandi papule schiacciate, di grandezza, forma e note generali diverse da quelle delle papule miliari testè descritte. Quanto a grandezza variano da quella di un mezzo piccolo pisello a quella di una grande unghia di dito o anche di un quarto di dollaro d'argento. La loro forma generalmente è circolare o ovale. Sono solidamente impiantate sulla pelle e più o meno protuberanti sul tessuto circostante ed hanno una superficie schiacciata. Al tatto sono solide e circoscritte. Nel loro primo periodo ordinariamente sono levigate e senza epidermide desquamativa. Esse sono pallide o rosso scure, però la gradazione del colore varia, ma, per lo più, presentano la tinta di prosciutto crudo; talvolta, sono così scure da avere un aspetto emorragico. Ordinariamente sono numerose quantunque di raro come le piccole papule. Si possono mostrare in tutte le parti del corpo o come eruzione disseminata o come circoscritta. Talvolta tendono anche ad aggrupparsi e a formare isole. Il fronte, la regione della bocca, la nuca, il dorso (1), la superficie di flessione delle estremità, lo scroto, le grandi e piccole labbra, il perineo ed il margine dell'ano sono tutti siti prescelti per il loro sviluppo.

L'eruzione è una delle più frequenti dei sifilodermi; può essere la primissima manifestazione o può presentarsi più tardi. Può anche osservarsi negli ultimi anni come una recidiva. Generalmente segue da vicino la forma eritematosa e può anche apparire simultaneamente. Le lesioni, in generale, si sviluppano lentamente nel corso di poche settimane e raggiungono varie grandezze; per lo più si osservano in tutte le fasi del loro sviluppo. Formatesi possono restare per settimane o mesi. Si possono vincere con la cura molto più facilmente delle piccole papule miliari. Non si debbono confondere colle lesioni di acne e di lichen rubro piano; quasi invariabilmente vi sono altri sintomi di sifilide.

(1) Veggasi tavola AA del mio Atlas of Skin Diseases.

Le grandi papule schiacciate subiscono una maggiore o minore modificazione secondo il sito ove si trovano, mentre altre influenze anche ne alterano l'aspetto generale e la forma. Questi cangiamenti sono di carattere così accentuato da richiedere una speciale descrizione. Non di raro sono così completi da mascherare la lesione primitiva. Perciò la loro diagnosi può divenire difficile. A misura che progrediscono o continuano come lesioni tipiche, e così, presto o tardi, si dileguano per assorbimento, o possono metamorfosarsi nel seguente modo. Talvolta si fanno molli e spugnose e tendono a disintegrarsi; quando ciò avviene perdono la loro forma e, comunemente, si dileguano a livello della circostante cute. Per una o altra causa possono anche presentare segni di escoriazioni, ed allora si formano leggere croste; ma una notevole ulcerazione raramente avviene. Non di rado vi sono ragadi, talvolta profonde e dolorose; per lo più si osservano agli angoli della bocca, all'ano e in altre parti soggette a movimento. Il più comune cangiamento della papula, però, è in

*Papula umida.* — (*Sin.*, Papula mucosa, piastra mucosa, condiloma largo o schiacciato).

Essa si manifesta sulle regioni ove superficie opposte e pieghe naturali della pelle sono soggette a maggiore o minore contatto, come ad esempio le natiche, il perineo, i genitali, gl'inguini, le ascelle, l'ombelico e le parti sottostanti alle mammelle nelle donne. Vi vanno anche soggetti i siti in cui vi è eccessiva secrezione glandulare, vuoi sebacea vuoi sudorifera, come negli spazii interdigitali delle mani e dei piedi. Le lesioni differiscono dalle papule larghe e secche in quanto che sono più o meno umide e coperte da una secrezione grigiastrea, attaccaticcia, mucoide, consistente di epidermide macerata. Sono anche più schiacciate delle papule secche e spesso non hanno un contorno preciso. La loro consistenza varia, ma, per lo più, sono molli o spongiose. Non di raro confluiscono producendo isole di notevole grandezza. Sui genitali spesso sono passionate estese superficie.

Invece di divenire schiacciate possono essere lussureggianti, ipertrofiche, verrucoidi, papillari ed allora chiamansi papule « ipertrofiche » o « vegetanti ». Questa manifestazione costituisce il SIFILODERMA VEGETANTE, conosciuto anche col nome di SIFILIDE CUTANEA VEGETANTE. Le lesioni divengono prominenti, più o meno circoscritte, verrucoidi, somiglianti ad una fragola o ad un cavolo-fiore. Fra le escrescenze papillari vi può essere una leggera ulcerazione accompagnata da secreto di cattivo odore che, disseccandosi, forma croste giallastre o brunastre. La malattia ha maggior tendenza a presentarsi sulla faccia, sul capo, sulle spalle e vicino ai genitali. Non si deve confondere con la verruca acuminata o venerea. (Veggasì verruca acuminata).

Il loro secreto è contagioso, come che non auto-inoculabile; si moltiplicano però copiosamente nelle regioni favorevoli al loro sviluppo soltanto per la presenza del secreto irritante. È notevole la rapidità con cui si sviluppano e con cui aumenta il loro volume. Costituiscono un'escrescenza lussureggiante. Il calore, l'umidità, lo attrito, la poca nettezza, tutto contribuisce al loro sviluppo. Si possono vincere con i rimedii. I mezzi locali per lo più agiscono rapidamente e li fanno sparire.



Torniamo ad occuparci delle papule secche. Frequentemente, dopo che si sono completamente sviluppate, o anche nel loro primo periodo, si può stabilire un altro cangiamento diverso, cioè un processo di desquamazione. Allora le papule divengono squamose. Questa modificazione è molto comune e costituisce il

*Sifiloderma papulo-squamoso*. — (*Sin.*, Sifiloderma squamoso; Sifilide cutanea squamosa; Psoriasi sifilitica).

Presenta note diverse secondo che si presenta in un sito o in un altro e secondo la disposizione delle lesioni. Possono essere isolate, aggruppate, o fittamente stipate formando isole solide. Generalmente sono schiacciate e coperte da squame secche, grigiastre, aderenti. Queste possono essere sottili e scarse o relativamente copiose, quantunque di raro così lussureggianti come nella psoriasi. Se si allontanano le squame, per lo più si scovono papule elevate o schiacciate, pallide o rosso-scure, più o meno circoscritte. L'eruzione raramente è diffusa; si può mostrare su qualunque parte del corpo, a preferenza però sulle palme delle mani e sulle piante dei piedi ed ha un corso molto persistente.

Per la speciale struttura cutanea nelle palme delle mani e nelle piante dei piedi la malattia qui assume un aspetto del tutto diverso da quello che si vede altrove. È conosciuta col nome di SIFILODERMA PALMARE e PLANTARE e richiede una descrizione speciale. Le lesioni spesso partecipano della natura delle macule piuttosto che di quella delle papule, nondimeno quelle che sono tipiche permettono senza dubbio di asserire che sono papule modificate. Sono leggermente protuberanti sul livello della cute circostante e in generale sono mal definite. La loro grandezza varia da quella di mezzo pisello a quella dell'unghia di un dito. La loro forma è irregolare e a causa della loro tendenza a confluire si veggono in forma d'isole rotondeggianti, serpiginose o semilunari. Sono coperte da falde epidermiche secche, scarse, semistaccate, grigiastre. Queste sono aderenti e copiosissime sul margine dell'isola, ove sono frastagliate o hanno un aspetto aggrinzito o disseccato. Se si distaccano la superficie sottostante ordinariamente ha un colore rosso scuro. Talvolta la desquamazione è copiosa e presenta una isola squamosa evidente; essa o si distacca o rimane attaccata alla superficie cutanea, nel quale caso può costituire sulla parte un rivestimento duro, corneo. Talvolta gli strati superiori dell'epidermide che coprono la pianta del piede e meno frequentemente la palma della mano, divengono sede di piccole concrezioni epiteliali punteggiate, da cui si possono togliere masse cornee; o sono perforate da minuti fori con margini precisi. Gli scrittori francesi indicano questo stato di cose col nome di SIFILIDE CORNEA. In altri casi non vi è che poca desquamazione o manca e la lesione presenta un aspetto più o meno eritematoso. Le lesioni possono essere o dure o molli al tatto, secondo la forma sotto cui si presentano; quanto più circoscritta è la papula o il deposito, tanto maggiore è la sua solidità. Oltre alle suddescritte lesioni ordinariamente vi sono anche ragadi che talvolta giungono profondamente nel derma.

L'eruzione per lo più è simmetrica e si può presentare nel centro della palma della mano o della pianta del piede, sul polpastrello

del pollice e sulle superficie palmari delle dita. Raramente attacca le parti dorsali delle mani o dei piedi; nè comunemente è diffusa, come ad esempio sul polso. Talvolta però quando si è formata una larga isola sul cavo della mano o sulla pianta del piede, la malattia si estende con un margine semilunare chiaramente elevato. A misura che invade i tessuti sani le parti primitivamente attaccate restano in uno stato d'inflamazione subacuta e più o meno squamosa. Tutta la palma della mano o la pianta del piede, con la pelle che sta fra le dita delle mani e dei piedi può essere così passionata. Talvolta le lesioni progrediscono a questo modo lungo il lato interno del piede fino alla caviglia ed anche attorno ai margini radiale ed ulnare della mano, evitando generalmente, come si è detto, il dorso e di raro passando oltre il pugno. L'eruzione può essere circoscritta ad una piccola isola della grandezza di una moneta, o può passionare la maggior parte della superficie cutanea. In generale non vi è nè calore nè prurito. Il suo corso è cronicissimo, giacchè spesso dura per mesi ed anni. È ribelle alla cura. Può apparire o come una manifestazione relativamente precoce o come una tardiva. Se ha luogo soltanto sovra una mano o un piede tende ad essere un'eruzione degli ultimi periodi, giacchè spesso ha luogo dopo alcuni anni dalla prima lesione.

Il sifiloderma papulo-squamoso si può confondere con l'eczema e con la psoriasi ed anche con le callosità. Si può distinguere dall'eczema per la mancanza di calore, di prurito e di secrezione, mentre i due primi di questi sintomi non mancano quasi mai nell'eczema. Il corso dell'eruzione e la sua storia coadiuveranno anch'esse la diagnosi.

Spesso rassomiglia molto alla psoriasi, vuoi che si presenti sul tronco e le estremità, vuoi sulle palme delle mani e sulle piante dei piedi. La diagnosi differenziale si può stabilire nel modo seguente: il sifiloderma è quasi sempre limitato all'età adulta ed è lo effetto di sifilide acquisita; la psoriasi spesso si manifesta nel primo periodo della vita, ordinariamente prima dei 20 anni. Insieme al sifiloderma generalmente vi è qualche segno da cui si può risalire alla lesione sifilitica iniziale; d'altra parte nella psoriasi si può ordinariamente avere una storia chiara di essa.

Le isole di sifiloderma non hanno tendenza ad assumere un dato sistema di configurazione. Esse possono conformarsi a qualunque modello ed ordinariamente la loro forma varia secondo il sito. Spesso, però, le lesioni che compongono l'isola acquistano una disposizione circolare o semicircolare, in generale più evidente quando l'eruzione è circoscritta. La psoriasi, d'altra parte, quasi invariabilmente tende ad assumere qualche forma definita. I margini delle isole del sifiloderma per lo più sono elevati ed hanno una linea precisa di separazione, poichè la parte ammalata cessa di botto ove comincia la pelle sana. Questo margine spesso si può scovrire portando un dito alla superficie ed è la linea del deposito sifilitico. Sulla palma della mano o sulla pianta del piede ordinariamente è meno definita che in altre parti del corpo. Qui i margini sono comunemente sporgenti soltanto appena, ma possono covrirsi di squame sottili, membranose, aggrinzite. Nella psoriasi le squame producono l'elevazione dell'isola e del suo margine; se si

allontanano completamente, si osserva una superficie rossa, lucida, non molto sollevata sul livello della pelle o non sollevata affatto.

Il sifiloderma, tranne quando attacca la palma delle mani e le piante dei piedi, ed anche ivi è soggetto a variazioni, non ha tendenza alla simmetria. La psoriasi, d'altra parte, in generale ha una tendenza a divenire simmetrica. Il sifiloderma, per lo più, si limita ad una parte del corpo, giacchè l'estensione della superficie alterata comunemente è piccola; talvolta, però, è grande. Di raro si manifesta sui gomiti e sulle ginocchia. La psoriasi attacca parti remote del corpo simultaneamente ed ha una grande predilezione per i gomiti e le ginocchia.

Tanto il sifiloderma quanto la psoriasi possono invadere le palme delle mani e le piante dei piedi; amendue le malattie possono anche manifestarsi esclusivamente sulle palme e sulle piante, restandone totalmente libero il resto del corpo. Quando la psoriasi, però, è sulle palme o sulle piante, al tempo stesso si vede ordinariamente in altre regioni; invece, quando il sifiloderma attacca le palme o le piante ordinariamente non si trova in altro sito traccia di esso.

Col sifiloderma vi può essere leggero prurito, massime se sta sul tronco, ma di raro a tal grado da costringere l'infermo a grattarsi. La psoriasi può essere accompagnata da maggiore o minore prurito e talvolta anche grave. Il sifiloderma, per lo più, ha un corso lento; la psoriasi, generalmente, è un processo più attivo e talvolta si diffonde con rapidità.

Il sifiloderma si manifesta in forma di un deposito nella pelle; nella psoriasi non vi è deposito ma soltanto un'iperplasia delle cellule della rete, accompagnata da sintomi infiammatorii. Questa differenza nella struttura patologica delle isole generalmente è valutabile anche ad occhio nudo, e costituisce uno dei più importanti segni diagnostici fra le due malattie. Eccezion fatta dalle squame non vi è che poco ingrossamento del tessuto nelle ordinarie piastre di psoriasi, nella sifilide vi è un'evidente infiltrazione per tutta la pelle. Talvolta, però, bisogna badare a distinguere l'ingrossamento dipendente da turgore infiammatorio nella psoriasi e quello derivante dalla sifilide.

Il sifiloderma per lo più consiste di diverse specie di lesioni, e, talvolta, infatti, si osservano papule, ragadi, ulcere e squame; nella psoriasi tutte le lesioni mostrano gli stessi caratteri patologici, poichè l'isola è costituita da una superficie circoscritta, più o meno infiammatoria, coperta da squame. Il colore del sifiloderma ordinariamente è meno vivo di quello della psoriasi, e spesso ha una tinta scura di fumo, rosso brunastra. Le squame del sifiloderma hanno sempre un aspetto grigiastro o giallastro, spesso bruno, secco o aggrinzito; nella psoriasi generalmente sono biancastre, e sembra che si siano formate di recente. Nella sifilide si producono con lentezza e sono scarse; nella psoriasi con rapidità, e, per lo più, sono copiose. Nella sifilide, inoltre, le squame sono aderenti; nella psoriasi non aderiscono, o sono lassamente attaccate ai tessuti, da cui si distaccano con facilità. Le squame del sifiloderma in generale si possono togliere senza provocare perdita di sangue;



se si fa la stessa cosa con quelle della psoriasi il sangue uscirà molto più facilmente. Queste diversità hanno un valore nella diagnosi.

Nella sifilide le papule si possono rompere e mostrarsi umide o anche superficialmente ulcerate; nella psoriasi il processo è secco per tutto il suo corso. Finalmente nei casi dubbii la cura coadiuverà la diagnosi. Il sifiloderma, quantunque persistente ed ostinato, quando con la cura è definitivamente guarito non ha tendenza a riprodursi, mentre la psoriasi recidiva ad intervalli nel corso della vita.

**SIFILODERMA VESCICOLOSO.** — (*Sin.*, Sifilide vescicolare, sifilide cutanea vescicolare). Questa è una manifestazione rara. Nella sifilide molto raramente si osservano vescichette. Nella maggior parte dei casi le così dette vescicole sifilitiche si può ritenere che siano una seconda fase delle pustole; talvolta, però, le lesioni hanno tal carattere nel loro corso, da meritare l'epiteto di vescicolose. I pochi esempi che io ho visto occorsero nella pratica dell'ospedale ed in donne. L'eruzione è stata descritta a lungo da *Bassereau* (1) e da *Hardy* (2).

Le lesioni variano per grandezza, forma, disposizione e distribuzione. Possono essere piccole quanto una testa di spillo, più o meno acuninate e disseminate o aggruppate, o quanto mezzo pisello, schiacciate o semiglobulari, con o senza umbilicazione. Le vescichette piccole miliari si manifestano come lesioni irregolarmente aggruppate o disseminate, che tendono ad alterare i follicoli piliferi e sono seguite da croste minute, giallastre, granulari. Esse frequentemente si trasformano in pustole miliari. Le vescichette più grosse possono presentarsi come una eruzione disseminata e mostrano una disposizione ad assumere la forma della vescichetta di varicella, onde il nome di **SIFILODERMA VARICELLIFORME**. Qui le lesioni per lo più sono quanto un mezzo pisello, leggermente umbilicate, contengono un liquido chiaro o torbido, sono circondate da un'areola più o meno grande rossastro-pallida e, tenuta presente la loro natura vescicolare, si fanno notare per la loro persistenza giacchè, talvolta, restano per giorni senza subire cangiamenti valutabili. Possono essere discrete o confluenti, talvolta si aggruppano in una forma semilunare mal definita. Sono seguite da piccole croste giallastro-chiare o giallo-grigiastre.

L'eruzione si mostra in siti ove la pelle è naturalmente sottile come sulla faccia e sui genitali; raramente è diffusa, nè le lesioni tendono ad essere numerose. Il suo corso ordinariamente è rapido, le lesioni finiscono o con l'assorbimento o con la rottura e con una leggera formazione di croste; di raro è sola, poichè ordinariamente sovra altre regioni del corpo vi sono anche papule larghe, schiacciate o piccole. Generalmente vi sono altri segni di sifilide. Come per il primo disse *Bassereau* è un'eruzione precoce che ha luogo durante il primo anno e per lo più durante i primi sei mesi.

(1) *Traité des Affections de la Peau symptomatiques de la Syphilis.* Paris, 1852.

(2) *Leçons sur la Scrofule et les Scrofulides et sur la Syphilis et les Syphilides.* Paris, 1864.

**SIFILODERMA PIGMENTARIO.** — Questa malattia, la **SIFILIDE PIGMENTARIA** dei Francesi, è stata descritta da Hardy (1) e da Fournier (2), due osservatori accuratissimi, e più recentemente da G. A. Fox (3), e da J. E. Atkinson (4). Consiste in una pigmentazione più o meno circoscritta della pelle in forma di macule rotondeggianti, ovoidali o irregolarmente conformate, quanto mezzo pisello o l'unghia di un dito, discrete o confluenti. Esse stanno allo stesso livello con la cute circostante ed hanno una superficie levigata; infatti sono semplici depositi pigmentarii. Non sono precedute da iperemie nè si formano sul sito di altre lesioni sifilitiche, opinione che è condivisa da Atkinson. Hanno un colore grigiastro pallido o giallo brunoastro o latte e caffè, e talvolta sono circondate da pelle che è biancastra o più pallida della normale, per cui risaltano notevolmente. Non di raro il loro colore è così sbiadito che le lesioni possono per un certo tempo sfuggire alla osservazione. Spesso sembra che siano piuttosto segni di sudiciume che di malattia. Generalmente sono vaghe e mal definite e possono confluire formando una delicata rete ovvero un'isola più o meno marmorizzata.

La malattia non è accompagnata da sintomi subiettivi. Frequentissimamente si osserva sul collo, sopra uno o ambo i lati; secondo Fournier ciò si mostra 29 volte su 30. Talvolta si è osservata anche sul torace, sull'addome e sugli arti. Ha di speciale che si osserva quasi esclusivamente nelle donne e in quegli uomini soltanto che hanno pelle sottile, trasparente e delicata. Si osserva durante l'ultima metà del primo e nel secondo anno della malattia, ed è una manifestazione rara. È molto più comune in Francia che in questo paese.

Il suo corso è lento. Può continuare due o tre mesi o da uno a due anni. La cura antisifilitica non vi spiega influenza, giacchè nè il mercurio nè il joduro di potassio hanno la virtù di farla sparire. Nonostante ciò, secondo Hardy e Fournier, questa manifestazione è indubitatamente dovuta alla sifilide. Fox la ritiene di origine sifilitica, ma non per una manifestazione diretta di sifilide, e perciò dice che non deve essere classificata fra le lesioni sifilitiche. Non è che una semplice formazione pigmentaria che probabilmente non differisce affatto dal cloasma. Si può confondere col cloasma uterino, con la vitiligo e con la tigna versicolore. Si può distinguere da quest'ultima malattia per la sua superficie levigata non desquamativa.

**SIFILODERMA PUSTOLOSO.** — (*Sin.*, Sifilide pustolosa; Sifilide cutanea pustolosa). I sifilodermi pustolosi costituiscono un numeroso ed importante gruppo. Comechè non siano così comuni come le manifestazioni eritematose e papulose, s'incontrano nondimeno molto frequentemente. Si mostrano sotto diverse forme, le cui lesioni differiscono per grandezza, configurazione, numero, distribuzione ed

(1) Loc. cit., p. 175.

(2) *Leçons sur la Syphilis, étudiée plus particulièrement chez la Femme.* Paris, 1873, p. 422.

(3) *Amer. Jour. of the Med. Sci.*, April, 1873.

(4) *Chicago Med. Jour. and Exam.*, Oct. 1878.

altre note. Prima di descriverle particolarmente ne parlerò in complesso.

La grandezza delle pustole varia molto. Possono non essere più grandi di un seme di miglio oppure possono essere quanto un mezzo pisello o l'unghia di un dito. Anche la loro forma varia; talvolta sono circolari; in altri casi ovoidali o con contorno irregolare. La forma è acuminata o rotonda, come nell'acne e nel vajuolo, o schiacciata, come nell'ectima. Possono stare sopra una base papulosa evidentemente dura o essere circondate da un'estesa areola, nel quale ultimo caso non si elevano che di poco sul livello della superficie cutanea. Il loro numero varia molto; possono essere poche o moltissime. Inoltre possono essere disseminate o aggruppate; per lo più sono disperse sovra la superficie cutanea senza regolare distribuzione.

Esse cominciano come pustole o, se cominciano come papule, vescichette o vescico-pustole, presto o tardi divengono pustole, che, dopo un tempo variabile, si coprono di croste. Per l'accentuata tendenza che hanno le più grosse pustole a coprirsi di croste precocemente sono state chiamate lesioni « pustolo-crostose ». Le croste, ordinariamente, cominciano a formarsi subito dopo che si manifestano le lesioni, ma talvolta si formano simultaneamente con le pustole. In generale, quanto più grossa è la pustola, tanto più presto comincerà la formazione della crosta.

Le croste o corrispondono per grandezza e forma alle pustole che le hanno precedute, oppure possono essere contratte e più piccole della lesione originale. Possono essere acuminate o larghe, protuberanti e voluminose, o schiacciate e superficiali. La loro consistenza o è molle o, come è il caso ordinario, solida o dura. Le croste più grandi o voluminose tendono a stratificarsi alla stessa guisa della superficie esterna di un guscio d'ostrica. Il loro colore varia dal giallo al bruno od anche al nero e, quando hanno un certo volume ed una certa profondità, tendono ad assumere una tinta olivo-verdastra. Sotto una crosta recente vi è sempre un'ulcera, la quale può essere superficiale o profonda, secondo il carattere generale della lesione primaria. I margini, per lo più, sono ben definiti. La base generalmente è coperta da una secrezione copiosa, grigiasta, giallastra o verdastra, puriforme. Le lesioni pustolose sono seguite da pigmentazione, e ordinariamente, da notevoli cicatrici. Possono essere o precoci o tardive, e benigne o maligne. Possiamo descrivere le seguenti varietà.

*Piccolo sifiloderma acuminato pustoloso.* — Sin., Sifiloderma miliare pustoloso (1).

Le pustole hanno la grandezza di un seme di miglio. Esse sporgono sul livello cutaneo e stanno sovra elevazioni piccole e minute, rossastre, papulose. Sono acuminate e contengono una quantità estremamente scarsa di liquido, di natura più o meno puriforme che col tempo si dissecca e forma croste giallastre aderenti. Dopo che la crosta è caduta può avvenire una leggera desquamazione che, per lo più, si manifesta in forma di un delicato, sottile margine o frangia di epidermide intorno alla base della lesione, costi-

(1) Sifilide erpetiforme dei Francesi.



tuendo un anello o collare grigiastro, il così detto « collaretto » dei Francesi. I follicoli piliferi ordinariamente sono passionati, poichè i peli passano per il centro delle lesioni.

L'eruzione è quasi sempre copiosa, giacchè le pustole sono numerosissime, o discrete o confluenti, irregolarmente disseminate o aggruppate sopra varie regioni. Talvolta sono disposte in forma di cerchj e semicerchj più o meno ben definiti; ordinariamente invade un grande tratto di superficie; talvolta, però, è circoscritta, come ha spesso luogo nel caso di una recidiva. Le estremità, massime le braccia e le cosce, il petto ed il dorso sono le sue parti preferite. Con l'eruzione per lo più si trovano papulo-pustole miliari e papule; non di raro queste sono numerose e mostrano i varii periodi dell'evoluzione della pustola cominciata come papula. Vi possono anch'essere vescichette miliari, nonchè papule grandi schiacciate.

Il sifiloderma pustoloso miliare può aver luogo come eruzione precocissima sei settimane dopo la lesione iniziale, accompagnato da febbre e da altri sintomi generali, o come una manifestazione secondaria più tardiva. Possono avvenire recidive. Sparisce lasciando un deposito pigmentario profondo, porporino o brunastro. Dopo che le lesioni si sono dileguate, nella pelle rimangono depressioni quanto una piccola punta o testa di spillo, che, col tempo, generalmente spariscono. La diagnosi non è difficile, l'eruzione generalmente è accompagnata da altri sintomi di sifilide.

*Grande sifiloderma pustoloso acuminato.* — (*Sin.*, Sifiloderma acniforme; acne sifilitico; sifiloderma vajuliforme).

L'eruzione è caratterizzata da pustole quanto un piccolo o grande mezzo pisello, più o meno acuminate, simili, per l'aspetto generale, a quelle dell'acne semplice o del vajuolo. Le croste che si formano presto o tardi sono giallastre o giallo-brunastre, piccole e sottili o voluminose e situate sopra ulcere superficiali. Si possono sviluppare rapidamente con febbre o lentamente. Nel primo caso le piccole macchie rosse divengono presto papulose e, dopo, pustolose e la lesione raggiunge il suo pieno sviluppo in 24 o 48 ore. Nella forma subacuta le lesioni per parecchi giorni sembrano simili a papule sui cui apici lentamente si forma una piccola quantità di pus. Nella forma acuta le lesioni, per lo più, sono numerose e generalmente disseminate. Nella forma subacuta le lesioni sono meno numerose, più circoscritte e si aggruppano più facilmente che nella forma acuta. Esse si osservano sul capo, sulla faccia (1) e sul tronco, più di raro sulle estremità. Vi possono essere altre lesioni sifilitiche, come, ad esempio, le papule.

Questa specie è uno dei sifilodermi pustolosi più precoci, e, ordinariamente, ha un corso rapido e benigno. È una delle manifestazioni più rare. Io l'ho osservato più spesso nella razza colorata che nella bianca, ed in entrambi specialmente nella pratica dell'ospedale. Si deve distinguere dall'acne, dall'eruzione di joduro di potassio e, soprattutto, dal vajuolo col quale spesso si confonde. Nella razza colorata, non di raro, rassomiglia molto al vajuolo e la diagnosi talvolta è difficile; nei casi dubbi bisogna lasciar passare varii giorni prima di esprimere un'opinione.

(1) Veggasi Tav. V nel mio Atlas of Skin Diseases.

*Piccolo sifiloderma pustoloso schiacciato.* — (*Sin.*, Sifiloderma in forma d'impetigo; Impetigo sifilitica; Sifiloderma pustoloso eczemiforme).

Le pustole generalmente sono piccole, schiacciate ed aggruppate in un'isola irregolarmente conformata. La formazione delle croste comincia quasi immediatamente, rendendo le lesioni notevolmente pustole-crostose. Le croste sono più o meno aderenti e sono grosse, voluminose, ineguali ed irregolarmente ammassate. Sono secche e tendono a divenire granulari e a sminuzzarsi. Sono giallastre, giallo-verdastre o giallo-brunastre, somiglianti alle croste dell'eczema pustoloso. Quando le pustole hanno confluito si può formare uno strato continuo come nell'eczema pustoloso. L'ulcera sottostante alla crosta può essere superficiale o profonda.

L'eruzione ordinariamente si osserva sulla faccia massime intorno al naso ed alla bocca, e sulle parti pelose della faccia, sul capo e intorno ai genitali. Ordinariamente è benigna ma può assumere un carattere maligno, estendendosi l'ulcerazione profondamente ed abbracciando una notevole superficie in una maniera più o meno serpiginosa. La malattia rassomiglia all'eczema pustoloso e si può facilmente confondere con questo, massime sul capo se non si tiene presente la natura delle lesioni o dell'ulcera. È difficile far la diagnosi dall'aspetto della crosta.

*Grande sifiloderma pustoloso schiacciato.* — (*Sin.*, Sifiloderma ectimiforme; ectima sifilitico).

Si presenta in forma di grandi pustole quanto un'unghia, schiacciate, poste sopra una base rosso-scura. Le pustole raramente restano tali per un periodo di tempo alquanto lungo, ma vi è la tendenza alla formazione immediata di croste. Se ne osservano due varietà: la superficiale e la profonda. Nella prima la crosta è schiacciata, rotondeggiante od ovale, aderente, bruno-giallastra o brunastro-scura. È situata sopra un'ulcera o erosione superficiale con un secreto grigiastro, giallastro, copioso. Le lesioni, per lo più sono numerose e possono mostrarsi in qualunque parte del corpo quantunque preferiscano il dorso, le spalle e le estremità (1). È una delle più comuni manifestazioni pustolose ed ha un corso benigno. Si può presentare nel primo anno e, generalmente, dopo 6 mesi.

La varietà profonda ha una crosta protuberante più voluminosa che tende a divenire conica e più dura e può divenire grigiastro-scura o nerastra, e, quando è sporgente e stratificata in forma di guscio d'ostrica, costituisce ciò che chiamasi *rupia*. Questa sorta di crosta, si tenga a mente, si osserva anche nel sifiloderma bollosa. La *rupia*, quindi, può essere l'effetto o dell'eruzione pustolosa o della bollosa. Sotto la crosta l'ulcera è scavata con un contorno preciso e coperta da un secreto non buono, giallo-verdastro, puriforme. È una manifestazione tardiva e maligna. Secondo la mia esperienza di raro si osserva fuori dell'ospedale.

*SIFILODERMA TUBERCOLOSO.* — (*Sin.*, Sifiloma tuberculare; sifilide tuberculosa cutanea). Qui l'eruzione consiste in una o più elevazioni solide della pelle, la cui grandezza varia da quella di un mezzo pisello a quella di una nocciuola. Sono circoscritte, rotonde, acu-

(1) Veggasi tavola D nel mio *Atlas of Skin Diseases*.

minate o semiglobulari ed hanno, ordinariamente, una superficie liscia, spesso lucente. Sono solide al tatto e si sente che stanno profondamente situate nella pelle e nel tessuto connettivo sottocutaneo. Sono rosso-scure o rosso-brunastre e, talvolta, sono rosso-giallastre scure o chiaramente rameiche. Talvolta hanno una tinta rosso-fumo intenso che non si osserva in nessun'altra malattia cutanea.

Può essere unico o multiplo, comechè di raro si presentino in gran numero. Se sono piccoli possono essere numerosi. Raramente presentansi su tutta la superficie del corpo, ma, in generale sono circoscritti a certe regioni. Possono essere disseminati o aggruppati. Quando sono in gran numero tendono a formare isole tubercolari più o meno solide. Quanto alla loro disposizione possono essere irregolarmente situate o aggruppate in forma di segmenti di cerchio o di semicerchi. Quando sono in quest'ultimo modo le isole possono confluire formando un'alterazione serpiginosa che chiamasi SIFILODERMA TUBERCOLARE SERPIGINOSO. Le regioni ordinariamente attaccate sono le varie parti della faccia, il dorso e più di raro le estremità.

Ordinariamente non sono accompagnate da dolore, calore o prurito; il loro sviluppo è lento, oltrepassando per lo più le settimane o i mesi. Nella maggior parte dei casi sono una manifestazione tardiva che di raro presentasi prima del secondo anno e, generalmente, più tardi. Non raramente non si mostrano che cinque, dieci o anche venti anni dopo la lesione iniziale. Quasi sempre vi sono stati altri sintomi della malattia prima che si manifestassero.

Spariscono in due modi, per assorbimento o per ulcerazione, la quale può essere superficiale o profonda; per lo più è profonda. Il processo può cominciare sui loro apici o nel loro interno e l'effetto è una distruzione più o meno completa delle lesioni. L'ulcera ordinariamente è una cavità profonda con margini irregolari in forma di ferro di cavallo o di semiluna, coperto da un deposito giallastro di sostanza gommosa o da una crosta brunastra. L'ulcerazione può anche attaccare un'isola di tubercoli aggruppati e l'effetto è una estesa escavazione che attacca talvolta tutta la parte ammalata. Non di raro il processo assume un corso serpiginoso estendendosi in un modo irregolare più o meno serpentino, alla maniera del sifiloderma tubercolare serpiginoso. L'ulcerazione, qui è ordinariamente accompagnata da un certo grado di cicatrizzazione simultanea e può produrre deformità. Si osserva spesso sul dorso e, generalmente, è ostinata.

Talvolta dai tubercoli ulcerati germogliano le formazioni papillari in forma di escrescenze verrucoidi, a cavolo-fiore, accompagnate dalla secrezione di un prodotto giallastro, puriforme, di cattivo odore, che costituisce la SIFILIDE CUTANEA PAPILLOMATOSA. Tutto il cranio può essere invaso da questa eruzione, ed è probabile che molti casi della così detta framboesia degli scrittori antichi fossero casi gravi di questa varietà di sifilide. La stessa forma d'escrescenza può avvenire nell'ulcera gommosa.

Il sifiloderma tubercolare si deve distinguere dal lupus volgare, dalla lepra e dal carcinoma. È più facile confonderlo col lupus volgare. I tubercoli di sifilide, però, sono più solidi, situati più pro-



fondamente ed hanno una storia da cui si rileva un più rapido sviluppo. Il lupus, inoltre, mostrasi ordinariamente, per la prima volta, nella fanciullezza, mentre il sifiloderma tubercolare di raro si vede prima dell'età adulta o media.

**SIFILODERMA GOMMOSO.** — (*Sin.*, Sifiloma gommoso; Sifilide cutanea gommosa). È caratterizzato da una formazione più o meno circoscritta, situata nel tessuto sottocutaneo che presentasi alla superficie della pelle come un tumore leggermente protuberante, rotondo o schiacciato, di grandezza variabile. La sua consistenza è moderatamente solida, ma tende a rompersi durante il suo corso. È conosciuto coi nomi di « gomma » di « tumore gommoso » o di « sifiloma ». Ordinariamente comincia come un corpo piccolo quanto un pisello, molle, mal definito, senza dolore, che si sente sotto la pelle. Questa allora conserva il suo colore normale, nè si vede il contorno del tumore. Esso aumenta di volume con leniezza, finchè, dopo un periodo di settimane o di mesi, gradatamente assume una forma e consistenza definite. Allora vedesi che è un tumore più o meno rotondo, impiantato nei tessuti sottocutanei, la pelle si altera e si fa rosea o rossastra. La sua grandezza può variare da quella di una nocciuola a quella di una noce o più. La forma è quella di un corpo leggermente elevato, semiglobulare o schiacciato, organizzato uniformemente. Al tatto è molle, pastoso, alquanto elastico.

Le gomme raramente sono numerose. Ordinariamente ve n'è soltanto una o due; talvolta sono multiple, ma questi casi non sono frequenti. In casi eccezionali, in cui si mostrano durante i primi anni della malattia, possono essere numerose e simmetriche ed accompagnate da sintomi locali e generali rilevanti. Esse possono formarsi in qualunque parte del corpo; la loro tendenza, però, è di attaccare i tessuti più lassi e molli, come sulle superficie di flessione delle estremità, sull'addome e sui lati del torace; le palme delle mani e le piante dei piedi di raro sono attaccate.

La gomma tende a rompersi, ulcerarsi e distruggere i tessuti in cui ha sede. L'ulcera è un'escavazione circoscritta profonda, per lo più rotonda, con margini tagliati a picco. Può avere l'estensione di un'unghia o della palma della mano. Il suo fondo generalmente è ineguale ed è coperto da un deposito gommoso rosso-grigiastro. La pelle è sempre completamente distrutta e così, per una grande estensione, il connettivo sottocutaneo, e, talvolta, gli elementi più profondi. La disintegrazione può procedere con rapidità o con lentezza. La perdita dei tessuti spesso è grande, quantunque la cicatrice relativamente sia insignificante. Invece di avvenire l'ulcerazione può seguire per assorbimento la sparizione del tumore.

La gomma si deve distinguere dal furuncolo e dall'ascesso, dalle glandole linfatiche ingrossate, dal carcinoma e dai tumori fibrosi e adiposi. L'ulcera si distinguerà dall'ulcera non sifilitica per la sua storia, per la sua profondità, per i margini tagliati a picco e per la sua escavazione; per la natura del secreto, per la mancanza ordinariamente del dolore e per la presenza in molti casi di altri sintomi di sifilide.

**SIFILODERMA BOLLOSO.** (*Sin.*, Sifilide bollosa, Sifilide cutanea bollosa; Penfigo sifilitico). L'eruzione è caratterizzata da bolle con-

tenenti un liquido chiaro acquoso che tende a divenire presto torbido e denso. Talvolta le lesioni partecipano più della natura delle pustole che di quella delle bolle. La loro grandezza varia da quella di un pisello a quella di una noce. Sono discrete, disseminate, circolari ed ovali, e sono circondate da una leggera areola. Possono essere completamente o parzialmente distese, ma, dopo di aver durato per un tempo variabile, si rompono. Il contenuto si dissecca e forma croste giallastre, brunastre o verdastre scure.

La forma delle croste varia molto; talvolta sono grandi, voluminose e prominenti; in altri casi sono coniche e solcate alla superficie come la parte esterna di un guscio d'ostrica e costituiscono ciò che chiamasi *RUPIA* (veggasi Grande sifiloderma schiacciato pustoloso). In altri casi sono più piccole, più schiacciate e meno voluminose. Sotto le croste, che ordinariamente possono essere allontanate senza difficoltà, si veggono erosioni o ulceri, con margini tagliati a picco, segreganti un liquido giallo-verdastro. Sono seguite da cicatrici più o meno pigmentarie. Il corso dell'eruzione è variabile, dipendendo materialmente dallo stato generale dell'infermo.

È una manifestazione tardiva e, ordinariamente, è accompagnata da altri sintomi della malattia. È rara; si osserva, per lo più, sugli individui cachettici, deperiti. Ha luogo anche nei neonati come effetto di sifilide ereditaria, ed allora spesso rassomiglia molto al penfigo volgare. (Veggasi sifilide ereditaria). Il carattere delle bolle e delle croste consecutive servirà a distinguerla dal penfigo; inoltre si notano ordinariamente altri segni di sifilide.

**SIFILODERMA EREDITARIO INFANTILE.** — Le manifestazioni della sifilide ereditaria cutanea nel bambino presentano un aspetto alquanto diverso da quello delle manifestazioni della sifilide acquisita e perciò meritano una descrizione a parte.

Nel neonato la sifilide può essere ereditaria, cioè il bambino si può essere infettato nell'*utero* per l'influenza della madre o del padre, o di amendue, ovvero può essere acquisita, contraendosi la malattia in qualunque periodo dopo l'uscita dall'utero, sia durante l'espulsione dalle ultime vie, sia dopo la nascita. Quando è acquisita segue lo stesso corso che ha nell'adulto. I nomi di sifilide « congenita » e « infantile » si adoperano indistintamente per esprimere la presenza della malattia, senza preoccuparsi se è ereditaria o acquisita. Questa distinzione, però, ove sia possibile, deve farsi.

Un bambino ammalato di sifilide ereditaria può esser nato o apparentemente sano o in uno stato evidente di malattia. La maggior parte dei bambini sifilitici nascono sani sotto tutti gli aspetti, giacchè il morbo non si mostra che più tardi; però, in quasi tutti i casi, nei primi tre mesi. Secondo *Diday* (1) il quale ha raccolto 158 casi di sifilide ereditaria riguardanti bambini, la malattia si manifestò prima della fine del primo mese dopo la nascita in 86 casi, e prima che passasse il secondo mese, in 45, mentre in 15 casi soltanto si manifestò nel terzo mese. Da queste statistiche si vede che la malattia ordinariamente si mostra prima della fine del secondo mese

(1) *A Treatise on Syphilis in New-born Children and Infants at the Breast*, p. 101. New Syd. Soc. Translation. London, 1859.

e che, dopo il quarto mese, è probabile che il bambino sia sfuggito all'infezione. D'altra parte i bambini possono venire al mondo con l'impronta della sifilide, stampata sovra essi in forma di eruzione maculo-papulosa o bollosa o coi segni generali della cachessia sifilitica e del marasma. Questi bambini di raro vivono più di pochi giorni o settimane.

Quando il bambino nasce con pelle pulita, e apparentemente sana i sintomi sifilitici non si manifestano prima della seconda o terza settimana e spesso anche più tardi. Il bambino, durante questo periodo, o sta bene o mostra semplicemente i segni di una debolezza generale: nel momento della nascita il bambino può essere robusto e ben nutrito o magro ed infermiccio. Ordinariamente, nel corso di due o tre settimane, comincia a presentare segni non dubbii di deperimento; si fa più sottile e debole; è irrequieto o grida fastidiosamente, si sciupa e il suo aspetto si cambia moltissimo. Da un bambino ben nutrito che era diviene in breve tempo emaciato e chiaramente infermo. La pelle assume una tinta speciale scura, giallastra, terrea, sporca; i tessuti cutanei sono privi del loro grasso, le ossa sono sporgenti; mentre la pelle è dura, secca, sottile e più o meno aggrinzita, formando linee e pieghe che possono essere specialmente evidenti sulla faccia. Questi cangiamenti danno al piccolo infermo un aspetto sofferente, somigliante a quello di un vecchio.

Uno dei primi sintomi specifici è la corizza che per lo più si nota in questo periodo della malattia. Lo scolo a principio è tenue ed acquoso, ma subito diviene più denso e tenace accumulandosi gradatamente nelle vie nasali. In breve tempo le narici si occludono: ha luogo una leggera formazione di croste intorno agli orifici e il respirare è impedito; si ode una speciale respirazione nasale che è caratteristica; talvolta le narici sono chiuse a tal grado che la respirazione non si può compiere se non per la bocca, nel qual caso il bambino difficilmente può succhiare. Più tardi lo scolo dalle narici diviene più o meno sanioso ed ha un odore fetido penetrante e si formano piastre mucose sulle narici ed attorno alla bocca. Se continua la malattia possono essere attaccate le piccole ossa del naso, avviene la carie con uscita di frammenti di osso, seguita da deformità nasale. Con la corizza generalmente vi è raucedine in maggiore o minor grado e talvolta, anche afonia, essendo similmente attaccata la gola da eritema e da piastre mucose. Il modo di gridare del bambino in questo periodo della malattia è speciale.

Le lesioni cutanee si possono manifestare prima della corizza, simultaneamente ad essa o più tardi. Ordinariamente appaiono quasi al tempo stesso; non di raro, però, la pelle è la prima ad alterarsi. L'eruzione può apparire in forma di eritema, di maculo-papule, di papule o di bolle o come un'associazione di queste lesioni. La più frequente manifestazione consiste di macule e di papule; non di raro i primi sintomi cutanei sono isole eritematose, la cui grandezza varia da quella dell'unghia a quella della palma della mano, ed occupa le natiche, le cosce o i genitali. Sono irregolarmente conformate; hanno un contorno più o meno indistinto; sono giallastre, rosso-brunastre o rameiche, e sono alquanto lucide o coperte da epidermide sottile aggrinzita; sono secche o squamose o



leggermente umide ed escoriate; talvolta le isole sono diffuse e coprono tutta la parte inferiore del tronco in forma di uno strato continuo di eritema. Il colore, in questi casi, non di raro è rosso-giallastro intenso scuro. Il primo periodo di questa manifestazione spesso somiglia molto al semplice eritema intertrigo, tanto da rendere difficile la diagnosi. In breve tempo le lesioni divengono più evidenti, le isole s'ingrossano e qua e là appaiono sulla superficie cutanea distinte macule che, o restano tali, o passano in papule schiacciate. In altri casi le palme delle mani e le piante dei piedi sono le prime ad essere attaccate dall'eritema, giacchè l'epidermide comincia a desquamarsi in forma di lacinie o strati sottili secchi, raggiati. Così si vede che il sifiloderma eritematoso della sifilide ereditaria differisce notevolmente per l'aspetto da quello della sifilide acquisita.

Ordinariamente, nel corso di poche settimane, le isole eritematose divengono sede di larghe papule schiacciate, della grandezza di mezzo pisello o di un'unghia e così l'eruzione si fa maculo-papulosa. Si può ritenere che nel bambino questo sia il sifiloderma più comune. Le papule sono contemporaneamente secche ed umide, predominano queste ultime, massime sui genitali e sulle pieghe naturali della pelle. Ordinariamente sono larghe; per lo più, del carattere delle isole d'infiltrazione; spesso sporgono, ma leggermente, sul livello della cute circostante, e sono levigate e lucide o coperte da una pellicola o squama. La papula umida o piastra mucosa è uno dei primi sintomi della sifilide ereditaria; è anche una delle manifestazioni più comuni. Queste lesioni fanno la loro prima apparizione sul naso, sulla bocca, sull'ano e sui genitali; frequentemente si osservano sulle dita delle mani e dei piedi, sull'ombelico, sulle ascelle, sulla parte posteriore delle orecchie e in altri solchi naturali della cute, massime ove possono esservi attrito, calore ed umidità. Insieme alle papule umide vi sono ragadi che segregano un prodotto viscido o sanioso che tende a trasformarsi in crosta ed a mascherare la vera lesione. Le papule, inoltre, non di raro si escoriano, si rompono e si ulcerano superficialmente.

Le piastre mucose che si formano sulla bocca si possono confondere colle afte, le quali spesso rassomigliano molto alle lesioni sifilitiche. Le afte si possono distinguere perchè stanno sopra una base infiammatoria, e per la loro forma ovale o circolare con margini ed areole distinte. Ordinariamente si presentano a gruppi successivi ed inoltre sono in generale accompagnate da disturbo gastrico. La malattia dipende da un vero parassita, l'*oidium albicans*, che si può vedere al microscopio, e così nei casi dubbii si stabilisce la diagnosi.

Il sifiloderma bolloso nel bambino si manifesta per lo più nella nascita; può, del resto, mostrarsi, per la prima volta, più tardi. Consiste in bolle di varia grandezza, disseminate, schiacciate o semiglobulari, circolari, ovoidali o irregolarmente conformate, distese o flaccide. Esse hanno un'evidente disposizione ad attaccare le palme delle mani e le piante dei piedi, le dita delle une e degli altri e gli arti. Non mostrano una forma regolare, e, per lo più, si trovano in tutti i periodi del loro sviluppo. Il loro contenuto può essere chiaro, torbido o sanioso; stanno sopra pelle rossastra di

aspetto alterato e, talvolta sono circondate da leggere areole. Possono essere molto numerose o disseminate, presto o tardi si rompono, spontaneamente o per violenza e mostrano una base escoriata o ulcerata, rossastra, la quale con lentezza si avvia al processo di riparazione. Talvolta le lesioni si trasformano in ulcere, e, non di raro, si osservano sulle articolazioni delle dita delle mani e dei piedi.

Il corso dell'eruzione varia secondo lo stato generale dell'infermo; di giorno in giorno possono sorgere nuove bolle, mentre le più antiche divengono pustolose, si rompono e lasciano superficie escoriate di aspetto non sano. Altre lesioni cutanee, come le papule umide e le piastre sui genitali e su altre regioni, le piastre mucose sulla bocca, le ragadi, le alterazioni di colore della pelle ordinariamente anche si osservano; in alcuni casi, però, le bolle sono le sole lesioni cutanee che si vedono. Quasi sempre si possono trovare altri sintomi generali della malattia. Il sifiloderma bolloso nel bambino è una manifestazione grave, giacchè l'infermo raramente sopravvive.

**Patologia.** — L'anatomia dei sifilodermi è stata accuratamente studiata da Auspitz (1), Neumann (2), Biesiadecki (3) e da Kaposi (4). Il deposito tipico sifilitico, come si osserva nella papula e nel tubercolo, è una neoformazione che consiste di una infiltrazione di piccole cellule rotonde, le quali rassomigliano a quelle del lupus volgare. La più precoce manifestazione della sifilide sulla pelle, il sifiloderma eritematoso, è caratterizzata da iperemia con incipienti proliferazioni di tessuto connettivo. Il processo in questo periodo non mostra l'infiltrazione cellulare specifica, giacchè quest'ultima appare la prima volta con la papula. I capillari sono principalmente passionati nella produzione della macula, giacchè, lungo le pareti dei vasi, ha luogo una proliferazione di corpuscoli del tessuto connettivo.

Le papule presentano un notevole deposito della sostanza sifilitica. Quando trattasi di papula schiacciata, esso ha la sua sede nello strato mucoso della epidermide, nello strato papillare del derma e nel corpo del derma, estendendosi fin dove giunge il tessuto connettivo sottocutaneo. L'estensione e la profondità dell'infiltrazione variano secondo la grandezza della papula; l'infiltrazione circoscritta è ben limitata lateralmente e verso le parti sottostanti; è costituita da una massa più o meno solida di cellule disseminate, numerose, piccole, rotonde, che variano notevolmente per grandezza e per altre note; non hanno una distribuzione regolare, ma appajono per la maggior parte, strettamente congiunte insieme, qua e là, entro i fascetti del tessuto connettivo. In certi casi sono tanto numerose da far sparire quasi completamente ogni traccia di elementi normali. Col processo di assorbimento, che ha luogo a

(1) Mediz. Jahrbuch, Bd. ii., 1864, Wiën. « Ueber die Zelleninfiltration der Lederhaut bei Lupus, Syphilis und Scrofulose. »

(2) Lehrbuch der Hautkrankheiten, p. 448. Wien, 1873.

(3) Beiträge zur physiologischen und pathologischen Anatomie der Haut. Sitzb. d. mathem.-naturw. Cl., Bd. lvi., Abath. ii. Wien, 1867.

(4) Die Syphilis der Haut und der angrenzenden Schleimhäute. Wien, 1874-75.

misura che la papula sta per sparire, si assorbe prima la parte centrale, e la papula, in questo periodo, assume una forma quasi di cupola o di cucchiaino.

Secondo Kaposi, nella papula umida o condiloma piano, vi è la stessa infiltrazione che occupa gli stessi elementi, e si estende talvolta agli strati sottocutanei. Il suo contorno è del pari ben definito. Le papille qui sono chiaramente allargate, tumide ed allungate come prolungamenti digitiformi, e talvolta finiscono con una o due estremità in forma di clava. Lo strato mucoso è anche molto sviluppato e ingrossato.

La pustola, come la papula, è anche ben definita e il deposito occupa il derma, e in certi casi, il connettivo sottocutaneo. Secondo la grandezza, la natura e il periodo della pustola gli aspetti dell'infiltrazione saranno alquanto diversi. Secondo asserisce Kaposi le note essenziali della pustola consistono nella presenza di cellule a contorno vago, molto granulari, torbide, nucleate e di nuclei liberi nello strato più alto del derma, nello strato papillare e nella rete, situate in un tessuto succulento, composto di larghi fascetti, saturo di siero, o anche in ispazii aperti.

Il tubercolo e la gomma presentano le stesse note della papula. L'infiltrazione, però, è più estesa e giunge più profondamente nei tessuti cutanei. Gli elementi passionati sono gli stessi di quelli della papula. La superficie in cui è circoscritta la lesione e la profondità dell'infiltrazione naturalmente saranno relativi alla grandezza ed alla forma del tumore. Il deposito, in ultimo, sparisce o per assorbimento o per ulcerazione.

**Cura.** — La cura dei sifilodermi è la stessa di quella della sifilide, giacchè le manifestazioni cutanee non sono che un gruppo dei molti sintomi che hanno luogo nell'evoluzione della malattia. Chi desidera un'esposizione completa della cura di questa malattia può consultare le eccellenti opere di Fournier (1), di Bumstead e Taylor (2).

**CURA GENERALE.** — Nell'entrare a discorrere della cura della sifilide bisogna far comprendere chiaramente all'infermo l'importanza di un uso sistematico delle medicine, dirgli che è necessario lungo tempo per vedere buoni risultati, spiegargli la natura della malattia, la sua tendenza alle recidive ed i vantaggi di una cura prolungata.

In primo luogo è cosa importantissima che l'infermo sia messo in mezzo alle più favorevoli condizioni igieniche. Si deve attentamente studiare lo stato generale in tutto il corso della cura. Bisogna convincere l'ammalato che, menando una vita regolare, ne trae vantaggi. Non si deve abbattere lo stato morale. Se trattasi di uomini deve essere proibito l'uso del tabacco e delle bevande spiritose, o, almeno, devono usarne soltanto col consenso del medico. L'aria fresca, il moto conveniente, il riposo dagli affari e gli onesti passatempi fuori casa son le cose che bisogna procurare. Si deve ingiungere la nettezza; i bagni, o in forma di doccia fredda o di vapore, sono utili, e si possono prendere secondo che richiede

(1) *Leçons sur la Syphilis étudiée plus particulièrement chez la Femme.* Paris, 1873.

(2) *The Pathology and Treatment of Venereal Diseases.* Philadelphia, 1879.



il caso. Il bagno a vapore non troppo ripetuto è spesso un coadiuvante da non disprezzare per la cura. La dieta dev'essere diretta dal medico e deve consistere dei cibi più nutritivi, come carne, uova, latte e vino o birra, secondo che sembra necessario. Bisogna tener d'occhio lo stato degl'intestini; se vi è costipazione si amministri qualcuna delle acque aperienti saline naturali o piccole dosi di aloe. Insomma non si deve tralasciar nulla che possa aiutare la natura a vincere la malattia.

I due rimedii specifici adoperati nella cura sono il mercurio ed il joduro di potassio. Essi sono i due soli agenti che hanno una azione diretta sulla malattia. Il loro valore è inestimabile. Il più efficace fra i due è il mercurio. Si adoperano o soli o insieme. Le indicazioni per l'uso dell'uno o dell'altro o per il loro uso combinato sono relative all'antichità della malattia, al carattere dell'eruzione e allo stato generale dell'infermo. Secondo me il mercurio in questo caso è un rimedio sicuro e quando si adopera giudiviosamente non vi son da temere cattive conseguenze. Si può amministrare a piccole dosi per uno, due o tre anni, senza che lo stato generale dell'organismo ne soffra. A proposito di ciò vi è appena bisogno di notare che, quando si dà per un lungo periodo continuamente, è necessario che le dosi siano piccole e che non si provochi la salivazione.

Esso si può far pervenire nell'organismo per varie vie. Il metodo ordinario e senza dubbio il migliore nella maggior parte dei casi, è quello di darlo per la bocca. Gl'infermi preferiscono di gran lunga questa via a qualunque altra per ragioni facili ad intendere, inoltre è il modo più pratico di cura. Si usano parecchi preparati mercuriali; le pillole azzurre, il calomelano, il sublimato corrosivo, la polvere grigia, il protojoduro, il bijoduro e il bicianuro, tutti sono raccomandati. I preparati più attivi ed energici sono il cloruro blando ed il protojoduro. L'organismo subisce più rapidamente l'influenza del mercurio quando si usa il calomelano che quando si usano alti preparati: perciò ha un gran valore quando è necessario un effetto immediato, ad esempio, quando trattasi di grave iridite o di grave alterazione laringea. Si può amministrare la dose di 6 o 12 centigrammi con 1 centigrammo e mezzo o due centigrammi di oppio, tre o quattro volte al giorno. Un effetto più rapido si ottiene anche da dosi spesso ripetute, piccolissime, come 7 o 5 milligrammi. Ordinariamente in due o tre giorni con questo metodo l'organismo risente gli effetti del mercurio.

Oggigiorno il protojoduro forse è il rimedio di uso più generale. Si dà alla dose di 1  $\frac{1}{2}$  centigrammi, di 2 o di 4 centigrammi, tre volte al giorno, ordinariamente con estratto di lattuga, di hyoseyamus o di genziana e in forma pillolare. Ecco una formola:

Pr Joduro verde di mercurio centigrammi 60  
 Polvere di oppio " " 42  
 M. f. pillole N.º 30.

S. una pillola tre volte al giorno, dopo i pasti.

Il protojoduro è un preparato attivo; talvolta è irritante: non di rado, quando si prende per qualche tempo, produce disturbi ga-

strici e intestinali, dolori colici e diarrea. Questi sintomi, però, sono controbilanciati in gran parte dall'uso simultaneo dell'oppio o dell'*hyoscyamus*, come nella seguente formola:

Pr. Joduro verde di mercurio	centigrammi	28
Polvere d'oppio	»	42
M. f. Pillole N.º 30.		

S. una pillola tre volte al giorno, dopo i pasti.

Le pillole azzurre, la polvere grigia sono amendue miti, e relativamente, hanno un'azione lenta e sono preparati efficaci. Essi sono i meno irritanti fra i mercuriali, massime la polvere grigia la quale è da preferire fra tutti per i bambini ed i fanciulli. Bumsstead e Taylor raccomandano le pillole azzurre e il ferro con l'oppio nei sifilodermi precoci secondo la seguente formola:

Pr. Pillole mercuriali	grammi	2,40
Solfato di ferro essicato	»	1,20
Estratto d'oppio	centgr.	30
M. f. pillole N.º 20.		

S. una pillola tre volte al giorno, dopo i pasti.

La chinina si può anche unire vantaggiosamente alla polvere grigia, la cui dose è da 6 a 18 centigrammi, tre volte al giorno. Ai bambini se ne danno 3 centigrammi o meno due volte al giorno.

Il cloruro corrosivo agisce lentamente. È, in generale, ben tollerato, giacchè relativamente, ha poca tendenza a provocare la salivazione. In realtà, forse, è il meno attivo fra tutti i preparati; relativamente ha poca virtù nel soggiogare i sintomi di sifilide ostinata. Quando si prende per qualche tempo può produrre dolori gastrici ed intestinali. Raramente si usa nella sifilide primaria; si adopera più per le manifestazioni tardive. Esso si può vantaggiosamente associare alla tintura di cloruro di ferro quando è necessario amministrare questo. Si può prescrivere con l'acqua, con le misture alcooliche, colle tinture vegetali o sciroppi, o si può dare nella forma pillolare nella maniera seguente;

Pr. Cloruro corrosivo di mercurio	Centgr.	6
-----------------------------------	---------	---

Sapone quanto basta.

M. f. pillole N.º 16.

S. una pillola tre volte al giorno dopo i pasti..

In questo modo se ne prendono tre volte al giorno circa 4 milligrammi. Si può anche amministrare nell'olio di fegato di merluzzo dopo averlo sciolto in poche gocce di etere solforico, come nella seguente formola:

Pr. Cloruro corrosivo di mercurio	centgr.	6
Etere solforico	grammi	3,5
Sciogli ed aggiungi olio di fegato di merluzzo	grammi	224.

D. — S. una cucchiata da tavola contiene circa 4 milligrammi del preparato mercuriale.

Se la bottiglia si mantiene ben chiusa il cloruro può restare in

soluzione durante un tempo indefinito; ma se l'etere si evaporasse per una chiusura imperfetta, il sublimato corrosivo si precipiterà e non si potrà ridisciogliere aggiungendo altro etere (1).

Il bicianuro di mercurio, alla dose di 3 a 4 milligrammi, in forma pillolare, con la genziana, con la chinina o con l'oppio, era molto raccomandato da T i l b u r y - F o x (2) il quale lo preferiva agli altri preparati.

Il mercurio penetra nell'organismo anche per frizioni; questo è un eccellente metodo, e frequentemente si usa con grande vantaggio. S i g m u n d, il quale fece fare le frizioni mercuriali a 9379 infermi capitati nell'ospedale di Vienna dal 1842 al 1855, ritiene che questo sia il più semplice ed efficace modo di curare le varie forme della siflide (3). Agisce rapidamente e, quando si spinge la sua applicazione, in breve tempo l'organismo resta sotto l'influenza del rimedio. È utile perciò in quei casi in cui è necessario un effetto rapido; nei casi di siflide inveterata ed in quelli in cui il mercurio non è ben tollerato dallo stomaco. Costituisce il miglior metodo di cura della malattia nei bambini. I due preparati che si adoperano per le frizioni sono l'unguento mercuriale e l'oleato di mercurio, come fu proposto da B e r k e l e y H i l l. La principale obbiezione che si fa alle frizioni mercuriali è che sporca la biancheria. Ciò si può evitare con l'uso dell'oleato di mercurio alla dose del 5 o del 20 per cento. B u m s t e a d e T a y l o r preferiscono il preparato al 20 per cento insieme ad un peso eguale di cerato semplice, che forma una massa consistente la quale non macchia la biancheria. L'oleato irrita la pelle più dell'unguento mercuriale e quindi si deve usare con grandi precauzioni. Secondo K e y e s (4) si assorbe più facilmente dell'unguento mercuriale e perciò è più efficace. Nell'applicarlo si debbono evitare le parti più delicate della pelle e quelle che sono esposte ad attrito od a movimento o che sono ordinariamente coperte di peli.

Per evitare le irritazioni cutanee le frizioni si fanno sopra varie regioni. Le braccia, le ascelle, le cosce, l'addome, il petto ed il dorso sono i siti da scegliere a questo scopo. Cominciando dall'una o dall'altra di queste regioni per esempio dalle braccia, si faranno a turno le frizioni sopra le altre parti. Le frizioni si fanno con lentezza e con la mano e devono durare da 15 a 30 minuti o finché il preparato è del tutto scomparso. Ordinariamente si fanno una volta ogni 24 ore e la sostanza usata si lascia sulla pelle per uno o due giorni prima che questa si lavi per prepararla ad un'altra frizione. Non si deve mai permettere che la pelle s'irriti; ove si manifesti questa tendenza si scelgano altri siti, si adoperi un unguento più debole o si sospenda questo metodo di cura. La quantità necessaria per ciascuna frizione è da 1<sup>re</sup>,90 a 3<sup>re</sup>,80 dell'unguento mercuriale officinale e di 3<sup>re</sup>,80 circa del preparato che contiene 10 o 15 per cento di oleato di mercurio. Per i bambini l'unguento mercuriale dev'essere allungato con una due o più parti di sugna.

(1) B u m s t e a d and T a y l o r, loc. cit., p. 794.

(2) Loc. cit. p. 306.

(3) Die Einreibungscur bei Syphilisformen. Wien, 1878.

(4) The Venereal Diseases. New York 1880.



Bisogna guardarsi dalla salivazione. La bocca e i denti debbono essere tenuti puliti usando lo spazzolino ed una lavanda astringente e l'intestino deve essere tenuto lubrico. Se si manifesta la salivazione si sospenderà l'applicazione mercuriale e si laverà il corpo con acqua e sapone.

Sturgis (1), per evitare che tutto il corpo si unga di sostanza grassa e s'insudicii raccomanda all'infermo di bagnare i piedi completamente nell'acqua calda la sera in cui si fa la prima unzione e strofinare sulla pianta del piede destro energicamente 1<sup>gr</sup>,90 del preparato che contiene il 20 per cento di oleato di mercurio. La sera seguente si ripete la stessa cosa sul piede sinistro e così, in sere alterne, si strofina sul piede destro e sul sinistro 1<sup>gr</sup>,90 o anche 3<sup>gr</sup>,80 del preparato. Per una settimana si porteranno le stesse calze, che debbono essere di grosso tessuto, giorno e notte. Alla fine di quest'epoca si puliranno bene i piedi con acqua calda e sapone e si faranno passare tre o quattro giorni prima di riprendere le frizioni con lo stesso metodo e per lo stesso spazio di tempo. Contemporaneamente si può dare il joduro di potassio per bocca. Uno dei vantaggi di questa maniera di frizione è, che, in ogni movimento fatto dall'infermo nel camminare, si stropiccia l'unguento sulla pelle dei piedi e così si provoca l'assorbimento.

Si dà anche il mercurio per via sottocutanea con una siringa ipodermica carica di sublimato corrosivo sciolto nell'acqua in unione alla morfina. Lewin (2) usa per ciascun'iniezione un liquido contenente 7 milligrammi di sublimato corrosivo sciolto in 5 gocce di acqua con 10 milligrammi di acetato di morfina. La regione scelta per l'iniezione ordinariamente è il dorso. L'operazione si ripete una o due volte al giorno. Bumstead e Taylor raccomandano questo metodo nei casi di sifilide maligna primaria con ulcerazione profonda. Ordinariamente bastano 15 a 20 iniezioni per far sparire le lesioni. Le iniezioni è meglio farle vicino alla parte alterata, giacchè ordinariamente si osserva un certo effetto locale. Il joduro di potassio si può dare contemporaneamente per la via interna. Quantunque l'esperienza abbia mostrato che questo mezzo si può adoperare in certi casi con buoni risultati pure ha molti svantaggi, fra cui il principale è che richiede molta perdita di tempo per parte del medico e dell'infermo; che è doloroso e che è seguito non di raro da ascessi sottocutanei e da salivazione. Gli infermi, in generale, si oppongono al metodo ipodermico.

Un altro metodo, e buono, è quello dei bagni mercuriali a vapore. Per ciascun bagno, che dura circa mezz'ora, si usano da 1<sup>gr</sup>,20 a 1<sup>gr</sup>,80 di calomelano, ovvero da 1<sup>gr</sup>,80 a 3<sup>gr</sup>,60 di ossido nero di mercurio. L'infermo, senza vesti, tranne una camicia da notte, di flanella, senza maniche, che giunge fino ai piedi, e coperto da una coperta larga di gomma elastica, sta seduto sopra una sedia, sotto la quale sta l'apparecchio di evaporizzazione, con-

(1) The Student's Manual of Venereal Diseases. New York, 1880.

(2) Die Behandlung der Syphilis mit subcutaner Sublimat-Injection. Berlin 1869. Per ulteriori informazioni veggansi gl'importanti lavori di Wigglesworth, Boston Med. and Surg. Jour., Aug. 26, 1869; e Taylor, New York Med. Gaz., May 13, 1871.

sistente in un piatto che ha una grondaia intorno alla sua circonferenza ove si mette un po' d'acqua ed un incavo nel mezzo per il sale di mercurio. Sotto questo piatto si situa una lampada ad alcool che fa prima evaporizzare l'acqua e fa entrare l'infermo in una profusa perspirazione e poi si volatilizza il mercurio che si assorbe rapidamente dalla pelle. L'infermo resta coperto fino a che si raffredda e poi va a letto nella sua camicia di flanella. Questo metodo non insudicia la persona ed è di facile applicazione. Bumsstead e Taylor, Keyes e Sturgis sono tutti caldi propugnatori di questo modo di amministrare il rimedio, ed io rimando il lettore ai loro scritti per una più particolareggiata descrizione del modo di metterlo in pratica.

Per i bambini è utile il bagno di sublimato corrosivo. Si prepara con 60 a 120 centigrammi per ogni bagno, da bambino, di acqua calda. Il piccolo infermo deve restare nel bagno per 20 minuti.

La scelta dei suddetti metodi di amministrazione del mercurio dipenderà dalle indicazioni speciali di ciascun caso e da altre circostanze. L'età dell'infermo si deve prendere in considerazione. Così, per esempio nei bambini e nei fanciulli teneri, si ottengono i migliori risultati dalle unzioni e dai bagni mercuriali. Bisogna badare allo stato generale se buono e se vi ha debilitamento, allo stato delle intestina e all'occupazione dell'infermo. Secondo la rapidità con cui è necessario che l'organismo giunga sotto l'influenza del rimedio, secondo che l'infermo è sotto una continua osservazione, ovvero si visita soltanto ad intervalli regolari o no, bisogna decidersi in favore dell'uno o dell'altro metodo. Durante tutta la cura fa d'uopo tener di mira lo stato di salute dell'ammalato. Per assicurare i buoni effetti del mercurio è essenziale che lo stato generale sia molto buono durante il periodo della cura. Nella maggior parte dei casi, quindi si devono amministrare i tonici, i preparati di ferro, l'arsenico in piccole dosi, la chinina, la genziana e simili rimedii, che sono tutti eccellenti ausiliarii della cura.

I varii infusi vegetali, decotti ed estratti liquidi come quelli di salsapariglia, di lauroleola, di guajaco, di dulcamara e di stillingia, tutti possono essere qui ricordati a proposito della cura. Essi agiscono come diaforetici, come catartrici e come tonici. Il loro principale valore è contro la sifilide di vecchia data, nei casi gravi ed ostinati e negli individui malaticci e debilitati per abuso del mercurio o per altre cause. Lo stato generale, non di raro migliora notevolmente sotto il prolungato uso di questi medicamenti. Bisogna tenerli in conto di alteranti e di tonici. Si possono dare soli o assieme al mercurio o al joduro di potassio. I preparati più efficaci sono il decotto di Zittmann e il decotto composto di salsapariglia.

Resta a parlare dell'oppio. In certi casi si trae gran beneficio dal suo uso. È particolarmente utile nella cura delle lesioni ulcerative. Il progresso delle ulcerazioni distruttive si può spesso arrestare coll'oppio quando tutti gli altri mezzi son falliti. Io non di raro ho veduto eccellenti effetti prodotti da esso. Si può prescrivere in dosi varianti da 3 a 12 centigrammi, tre volte al giorno; se trattasi di amministrare l'estratto di oppio si daranno dosi metà delle precedenti. Ordinariamente gl'infermi tollerano dosi alte. Gli

acidi minerali, specialmente l'acido nitrico, si possono pure prescrivere con vantaggio negli ultimi periodi della malattia.

La lunghezza del tempo durante il quale si deve usare il mercurio deve essere relativa a ciascun caso speciale. Non si può stabilire nessuna regola fissa. Io debbo notare, però, che, nella maggior parte dei casi, il rimedio si usa per un tempo troppo breve. Quando si continua per un periodo più lungo, forse a dosi più piccole delle ordinarie, le recidive sono di gran lunga meno numerose. Ammenochè non sia controindicato da qualcuno dei cattivi effetti sovra riferiti si può dare in tutti i casi continuatamente con beneficio, non solo fino a che spariscono i sintomi ma anche per molto tempo dopo. Mentre si dà il mercurio bisogna stare attenti se sorgono sintomi di alterazione generale come ptialismo e disturbi gastrici, ed intestinali. Se si manifesta uno di questi sintomi si deve diminuire la dose del mercurio o sospenderlo per qualche tempo. Il periodo in cui questi sintomi possono sorgere è variabilissimo. Quando trattasi d'individui impressionabili l'organismo può risentire in pochi giorni gli effetti del medicamento; in un altro caso possono passare settimane prima che avvenga ciò.

Per la sifilide primaria io preferisco il mercurio a piccole dosi, prolungandone l'uso per lungo tempo e sospendendolo di quando in quando. Per ottenere migliori risultati si deve prescrivere secondo il seguente metodo, i cui vantaggi sono stati abilmente messi in vista da Fournier (1). Si deve dare finchè tutti i sintomi non sono scomparsi e per tre o quattro settimane dopo, in tutto probabilmente per due mesi; indi s'interromperà per circa un mese. Alla fine di questo si ripiglia e si continuerà per altri due mesi, trascorsi i quali si sospende la cura per due mesi; spirato questo periodo di riposo si fa un'altra cura di sei od otto settimane, seguita da due mesi di sospensione. Tutta la cura deve abbracciare un periodo non minore di due anni; durante il secondo anno, nella maggior parte dei casi, è bene associare il joduro di potassio al mercurio.

Eminentissimi sifilografi raccomandano anche altri metodi di cura col mercurio. Keyes (2) è partigiano della pratica di dare il mercurio senza interruzione, a piccole dosi, tali da non produrre cattivi effetti sull'organismo, per un periodo non minore di due anni, adoperando anche il joduro di potassio ove sia necessario. Questa è quella ch'egli chiama « cura tonica ». La migliore condotta da tenere è quella di dar sempre lo stesso preparato; si deve preferire il protojoduro di mercurio. A principio si danno tre volte al giorno due centigrammi, ogni tre giorni si aumentano due centigrammi, finchè non si manifesta un leggero mercurialismo. La dose raggiunta quando avviene ciò si mantiene fino a che le lesioni esistenti cominciano a sparire, ed allora vi si sostituirà la « dose tonica » che, ordinariamente, rappresenta un terzo della dose massima a cui si era giunti. Questa dose tonica si deve prendere continuamente. Prima che si sospenda è a desiderare che passino sei

(1) Loc. cit., p. 1080. Veggasi una traduzione del Dr. R. W. Taylor, nel New York Med. Jour., vol. xvi.

(2) Amer. Jour. of the Med. Sci., Jan. 1876.



mesi o meglio un anno senza alcun sintomo sifilitico. Quando il protoioduro di mercurio non è tollerato vi si possono sostituire le pillole azzurre alla dose di tre centigrammi sole o con 1 e mezzo a 3 centigrammi di solfato di ferro secco (1).

Si raccomanda anche un altro metodo; quello di dare a brevi intervalli larghe dosi di mercurio finchè non sorge la salivazione; allora si sospende per un poco. Questa cura si ripete tante volte quante ne richiede ciascun caso speciale. Hunt (2) di Londra ha molto raccomandato questo metodo.

In tutti i casi bisogna evitare i così detti cattivi effetti del mercurio, che consistono nello ptialismo, nel gonfiore delle gengive, nell'alito fetido, nella sensazione di un sapore metallico, nella stomatite, nella diarrea e nei dolori colici, e, talvolta, nella depressione di spirito, nella perdita dell'appetito e nel malessere generale. Quando si manifestano questi sintomi bisogna diminuire la dose, o sospendere la cura, secondo che indicherà il caso.

Oggigiorno siccome raramente si dà il mercurio a grandi dosi la salivazione non si osserva spesso, tranne negli individui che risentono in modo speciale l'influenza del medicamento. Quando è leggera è probabile che sparisca in pochi giorni sospendendo la cura. Si potrà, però, ottenere gran beneficio dall'uso dei rimedii adatti. Se si ha costipazione intestinale bisogna rendere lubrico l'intestino. Si possono prendere bagni caldi e stimolare l'azione cutanea. Se la bocca è molto alterata bisogna dare un nutrimento liquido. La sera si può prendere un pediluvio caldo con senape ed un oppiaceo, come ad esempio la polvere di Dover, per procurare il sonno. 15<sup>gr.</sup>,50 a 31 gr. di liquore sodico clorurato sciolto in grammi 580 d'acqua si possono usare per gargarismo. Per combattere direttamente l'influenza del mercurio nessun rimedio è più efficace del clorato di potassa, che si può prendere internamente alla dose di 3<sup>gr.</sup>,80 a 7<sup>gr.</sup>,60 giornalmente e si deve anche usare in soluzione come gargarismo. Lo zolfo a piccole dosi è raccomandato molto da Piffard (3) e da altri.

Ci resta a parlare del ioduro di potassio. È un rimedio eccellente, indicato soprattutto nelle eruzioni tardive, come ad esempio in quelle che hanno luogo nel 2°, 3° e consecutivi anni. Quanto più antica è la manifestazione tanto più favorevolmente agisce. Si prescrive o col mercurio o solo. Indubitatamente si hanno effetti più duraturi quando si dà insieme al mercurio che quando si dà solo. Si amministra o in soluzione con vino ferrato o con uno dei sciroppi grati al palato, come quello di corteccia di arance, di zen-

(1) Per ulteriori informazioni su questo metodo di cura si può ricorrere al trattato del Dr. Keyes già citato. Quanto ad utili nozioni sugli effetti del mercurio dato a dosi toniche ad aumentare i corpuscoli rossi del sangue ed a migliorare la nutrizione, rimandiamo il lettore ai due lavori del Dr. Keyes. «The Effect of Small Doses of Mercury, etc.» (Amer. Jour. of the Med. Sci. Jan. 1876) e «Treatment of Syphilis, etc.» da lui letto innanzi al Congresso medico internazionale a Filadelfia, nel 1876, Sezione di Dermatologia, e pubblicato nei suoi Atti a Filadelfia, 1877.

(2) On Syphilitic Eruptions, etc., with Special Reference to the Use and Abuse of Mercury. London, 1854.

(3) Diseases of the Skin. New York, 1876.

zero o di salsapariglia, molto allungato coll'acqua, o in forma pillole; il primo modo è preferibile giacchè le pillole, anche quando contengono 30 centig. di joduro, possono produrre alterazioni gastriche. Secondo Bumstead ed altri l'azione del joduro di potassio è aumentata associandolo al cloruro d'ammonio (a parti uguali). Il carbonato d'ammonio rende anche il joduro più efficace e più gradevole. La dose del joduro, quando si adopera solo, varia da 30 centig. a 1<sup>ra</sup>,80 a 2<sup>ra</sup>,40; la dose media è di 60 centig. Quando si prende per la prima volta è bene incominciare con dosi più piccole, da 12 a 30 centig. che si aumentano gradatamente. Si deve dare circa un'ora dopo mangiato.

La cura col joduro di potassio e col mercurio contemporaneamente, la così detta « cura mista », è ottima massime dal 2° anno in poi della malattia. I due rimedii, per lo più, si uniscono nella stessa prescrizione. Possono anche darsi separatamente ed alternativamente in diverse ore del giorno. Il joduro si può anche amministrare internamente mentre si fanno le frizioni mercuriali, metodo utile negli individui debilitati e nei casi antichi, in cui lo stomaco si può alterare sotto l'uso continuato del mercurio. Il cloruro corrosivo e il bijoduro sono i due mercuriali che ordinariamente si associano al joduro di potassio. Si prescrivono da 2 milligrammi a 7 milligrammi con 10 a 30 o più centigrammi di joduro di potassio per ciascuna dose. La seguente formola contiene il bijoduro.

Pr. Joduro rosso di mercurio centig.	12
Joduro di potassio	gr. 9,5
Sciroppo di zenzero	» 84
Acqua	» 28

M. S. una cucchiata da tè tre volte al giorno, dopo mangiato, in un bicchiere pieno d'acqua.

Le dosi del mercurio e del joduro di potassio si devono aumentare o diminuire secondo i casi speciali. La lunghezza del tempo durante il quale si può usare il joduro di potassio, solo o col mercurio, varia secondo i casi; si può affermare, però, che devesi continuare per mesi dopo sparite le lesioni.

I dispiacevoli effetti del joduro potassico consistono nel jodismo, nella irritazione delle mucose, nella salivazione ed in un'eruzione speciale. Il jodismo è caratterizzato da emicrania, da sintomi nervosi, da tintinnio d'orecchi e da depressione generale. Si osserva accidentalmente. L'irritazione delle mucose, sotto forma di leggera o grave corizza, con scolo dal naso, gonfiore alle palpebre e lagrimazione, rossore della congiuntiva, e talvolta dolore nei seni frontali, è molto più frequente. L'aumentata salivazione può anche aver luogo, quantunque di raro in grado notevole. Il joduro talvolta dà origine ad eruzioni cutanee che assumono la forma di eritemi, di papule, di pustole, di bolle e di infiammazioni furuncolari (veggasi dermatiti medicamentose p. 230). Talvolta si sono anche usati con vantaggio il jodo, il joduro di sodio e il joduro di ammonio, ma sono meno efficaci del joduro di potassio.

CURA LOCALE. — La cura locale dei sifilodermi consiste nell'uso

giudizioso di bagni, di lavande e di applicazioni topiche in forma di liquidi, di polveri o di unguenti. Il sifiloderma eritematoso nella maggior parte dei casi non ha bisogno di una cura locale. Quando, però, le lesioni persistono sulla faccia si può usare un unguento di ammoniuro di mercurio nelle proporzioni di 1<sup>er</sup>,20 a 1<sup>er</sup>,80 per 32 gr. Il bagno di vapori mercuriali è utile nei casi in cui le lesioni sono ostinate sulla superficie cutanea generale. Le manifestazioni papulose possono anche migliorar molto coll'uso dei bagni di vapori mercuriali o col bagno di sublimato corrosivo alla dose di 3<sup>er</sup>,80 a 11<sup>er</sup>,40 per 270 litri di acqua. I bagni solforosi ed alcalini possono anche usarsi con vantaggio. I vari unguenti mercuriali sono d'indubitata efficacia ad allontanare le papule e spesso si applicano su queste lesioni quando attaccano la faccia ed il collo. L'ammoniuro di mercurio, 3<sup>er</sup>,80 per 31 gr., e l'unguento di nitrato di mercurio, 3<sup>er</sup>,80 a 11<sup>er</sup>,40 per 31 gr., sono i più utili. L'oleato di mercurio, che contenga da 30 centig. a 1<sup>er</sup>,20 per cento della medicina, è anche più utile, e si può usare con notevole beneficio.

Le papule umide, in tutti i casi, richiedono un'immediata attenzione. È importantissima una nettezza molto rigorosa. Le lesioni si debbono lavare con acqua e sapone parecchie volte al giorno e, nelle parti in cui due superficie opposte stanno in contatto, si devono mettere pannolini per separarle. Oltre alle lavande bisogna lavare le parti con una soluzione di sublimato corrosivo o di acido carbonico, e dopo vi si spolvereranno sopra amido, ossido di zinco o calomelano. È anche utile toccarle con una soluzione di nitrato d'argento.

Le lesioni papulo-squamose si possono curare coi bagni di vapori mercuriali fatti una o due volte la settimana. Nei casi circoscritti, per esempio alle palme delle mani ed alle piante dei piedi, si possono usare con beneficio gli unguenti di catrame ed i vari unguenti mercuriali. Le lesioni croniche, papulo-squamose, palmari e plantari generalmente hanno bisogno di applicazioni forti. I vari preparati adoperati contro la psoriasi si possono anche qui usare vantaggiosamente; 7<sup>er</sup>,60 di ammoniuro di mercurio per 31 gr. di unguento di petrolio spesso gioveranno.

Nelle lesioni ulcerative le croste si debbono allontanare per mezzo di cataplasmi, o in altro modo, bagnati in una soluzione di sublimato corrosivo, e si mediceranno con uno degli unguenti mercuriali sopracitati, o con l'empiastrò di Vigo con mercurio. Contro le formazioni tubercolari bisogna adoperare gli stessi rimedii che si usano contro le grandi papule.

### CARCINOMA CUTANEO.

Con questo nome s'intendono parecchie varietà di cancro che si manifestano nella cute o come affezioni primarie o come secondarie. Fra i cancri primarii cutanei la forma di gran lunga più comune è quella chiamata cancro epiteliale, ed è di questo che i dermatologi si debbono principalmente occupare. Il cancro fibroso o duro di raro attacca primariamente la pelle. Nondimeno la forma melanotica della malattia non raramente si osserva come manife-



stazione primaria. Le varietà lenticolare, tuberosa e melanotica possono essere qui brevemente descritte.

Il CARCINOMA LENTICOLARE, così chiamato da Sch u h (conosciuto anche coi nomi di « cancro scirroso », « cancro duro », « cancro fibroso » e « cancro di tessuto connettivo », è caratterizzato da papule, tubercoli o noduli quanto un pisello, un fagiuolo o più grandi, duri, levigati, lucenti, rosso-rosai scuri o rosso-brunastri, schiacciati o prominenti. Essi sono disseminati, ordinariamente si presentano sovra un petto già alterato e, mentre a principio sono discreti, tendono a confluire, formando masse tubercolari o, in taluni casi, tumori fungoidi di varia grandezza. Quasi sempre appaiono come una manifestazione secondaria e frequentemente dopo l'estirpazione del cancro primario, per esempio alla mammella. Sono accompagnati da uno stato della pelle iperemico, roseo o violaceo, alquanto scuro, indurito, contratto, levigato, lucente. L'infiltrazione cancerigna si propaga in varie direzioni o in forma diffusa, talchè, nei casi gravi, il lato del torace ha quell'aspetto che V e l p e a u chiamò « cancro a corazza ». Segue ordinariamente un corso lento, e, in generale, sono passionate le glandole vicine, si gonfia l'arto, le lesioni si rammolliscono e si ulcerano, sorgono dolori lancinanti e marasma, che, presto o tardi, generalmente finiscono con la morte. La malattia tende a riprodursi dopo l'operazione e perciò la prognosi è sfavorevolissima.

La forma nodulare, chiamata CARCINOMA TUBEROSUM, ordinariamente si presenta nell'età media, ma può sorgere anche più presto come una manifestazione primaria o secondaria, in forma di lesioni tubercolari o nodulari, circoscritte, schiacciate o protuberanti, rotonde od ovoidali. Sono dure, impiantate profondamente nella pelle e nel connettivo sottocutaneo e sono rossastro-scure, rosso-brunastre o violacee. La loro grandezza varia da quella di un pisello a quella di una noce o più; sono multiple, e, generalmente, disseminate o aggruppate in modo irregolare, occupando, per lo più, tutta la superficie cutanea. Presto o tardi si rammolliscono e si rompono; si formano ulcere e, ordinariamente, nel corso di pochi anni, la malattia finisce con la morte. È una forma rara di cancro.

La varietà melanotica, chiamata CARCINOMA MELANODES o PIGMENTOBES, per lo più comincia in forma di papule, tubercoli o noduli multipli, piccoli quanto una testa di spillo, un pisello o un fagiuolo, rotondi o ovoidali, molli o solidi, color grigio ferro, brunastro, nero azzurrognolo o nerastro. Sono disseminati e, a principio, discreti, ma, a misura che divengono più numerosi, tendono a confluire, formando noduli o masse di varia grandezza, irregolarmente conformate, schiacciate o prominenti. Così si possono costituire grossi tumori che, presto o tardi, si rammolliscono e si ulcerano. Si possono anche formare tumori fungoidi che del pari si ulcerano, presentando una superficie molle o poltacea, cancerenosa, rosso-nerastra, icorosa o sanguinante. La malattia può apparire su qualunque parte del corpo, ma, frequentemente si manifesta per la prima volta sulle mani e sui piedi; spesso ha il suo punto di partenza in una massa pigmentaria o in una verruca o vicino ad esse. La pelle e l'occhio sono le parti in cui ha luogo primariamente; gli organi interni, in generale, sono passionali secondariamente.

Per lo più si osserva nel primo periodo dell'età adulta o nell'età media. Ha un corso rapido e maligno.

### EPITELIOMA.

*Sin.*, Carcinoma Epitheliale; *Ing.*, Epithelial Cancer; Canceroid; *Ted.*, Epithelialkrebs; *Fr.*, Epithélioma; Cancroide.

**Sintomi.** — Il cancro epiteliale della pelle si manifesta clinicamente sotto tre forme, che benissimo si qualificano coi nomi di superficiale, profonda e papillare.

**VARIETÀ SUPERFICIALE.**—Questa forma, conosciuta anche col nome di « varietà piana », per lo più si manifesta come una o più papule o elevazioni aggruppate, piccole, giallastre o rossastre, che hanno la loro sede negli strati superiori della pelle. Possono partire da una glandola sebacea, da una verruca e da altre escrescenze o avere la forma d'infiltrazione piana. Presto o tardi, ordinariamente nel corso di anni, il tubercolo, la verruca o l'infiltrazione, secondo i casi, mostrano una tendenza alle ragadi o alle escoriazioni ed a covrirsi di una crosta leggermente brunasira o giallastra, sotto la quale si può osservare un secreto scarso, acquoso o viscido. Il corso della malattia comunemente è lento, giacchè non rare volte decorrono anni prima che progredisca molto. Col tempo, però, i depositi aumentano o ne appajono nuovi e, in ultimo, si rompono formando ulcere superficiali. L'ulcera può non essere più grande di un piccolo mezzo pisello quando si vede a principio, ma tende ad estendersi a gradi a gradi e, in ultimo può assumere le dimensioni di una grossa moneta o della palma della mano. La sua forma ordinariamente è rotondeggiante ma può avere un contorno irregolare; i suoi margini possono essere tagliati obliquamente o a picco. Possono essere schiacciati o prominenti, ma, ordinariamente, si presentano rosso o infiltrati, quantunque spesso siano duri. La base dell'ulcera è rossastra, segrega un liquido scarso, viscido, giallastro, tende a dar sangue ed ha una superficie ineguale, la quale può essere dura. Il grado di dolore varia; di raro è notevole finchè l'ulcera non raggiunge una certa grandezza. Possono avvenire ulteriori cangiamenti. Talvolta l'ulcera, raggiunta una certa grandezza, non si estende più; in altri casi si diffonde e attacca gli elementi più profondi e costituisce la varietà con infiltramento. Può continuare per anni come malattia locale e l'infermo, intanto, può godere di un eccellente stato di salute generale. Le glandole linfatiche non sono passionate.

La malattia che per lungo tempo fu chiamata ULCERA RODENTE, e riguardata come una forma distinta dall'epitelioma, è una forma di questa varietà di cancro epiteliale, com'è stato già dimostrato da Warren (1), opinione divisa da Hutchinson (2) e da altri recenti scrittori. Le palpebre sono la sede più frequente e poi i lati del naso. Quando è pienamente sviluppata consiste in una escoriazione circoscritta, con margini precisi, più o meno grande, con un

(1) The Anatomy and Development of Rodent Ulcer. A Boylston Medical Prize Essay. By J. Collins Warren, M. D. Boston, 1872.

(2) Illustrations of Clinical Surgery, vol. i., Fasc. 1, p. 14, London, 1875.

secreto rosso brunastro o rosso porporino, secco o scarso, con una superficie mammellonata e con margine spesso accartocciato. Differisce principalmente dall'epitelioma ordinario per il suo corso molto lento e perchè attacca ogni tessuto con cui viene a contatto, inclusi i muscoli e le ossa. Se non si combatte può produrre grandi distruzioni delle parti ed anche morte per emorragie nei casi molto avanzati. È una malattia della parte superiore della faccia e del capo, che ordinariamente si manifesta superiormente ad una linea tirata attraverso la faccia in una direzione orizzontale al livello delle pinne del naso e del margine inferiore delle orecchie.

VARIETÀ PROFONDA. — Questa forma della malattia, conosciuta anche come « varietà infiltrante » comincia con la formazione di un tubercolo rotondeggiante spesso conico, della grandezza di mezzo pisello che ha la sua sede nella pelle e nel tessuto connettivo sottocutaneo. Può anche cominciare in forma di una verruca, come avviene nella varietà superficiale. Il tumore, in generale, è prominente, e sta profondamente situato nei tessuti; è rossastro o alquanto porporino e, in generale, è circondato da un'areola. È solido o duro al tatto e presenta segni di estesa infiltrazione negli elementi più profondi e intorno alla sua periferia. Invece di essere molto elevato si può estendere in tutti i sensi in forma di un deposito piano ma leggermente protuberante sulla pelle circostante.

Dopo un periodo di tempo variabile, per lo più nel corso di mesi, secondo la malignità del caso, ha luogo l'ulcerazione che comincia o sulla superficie o nell'interno del tumore, il quale, finalmente, si rompe, si disintegra e si forma un'ulcera di varia grandezza e forma e con caratteri generali diversi. Quando ha una certa grandezza presenta un'escavazione profonda nei tessuti, ha una forma rotondeggiante od irregolare, ed ha una base ineguale, rossastra, violacea o brunastra, con margini obliqui. Segrega un liquido di cattivo odore, giallastro pallido, viscido, fa sangue con facilità se si tocca ed ha i margini prominenti, molto arrovesciati, duri, tumidi, porporini. L'infiltrazione giunge fino a qualche distanza dalla cavità, come mostrano l'indurimento ed il rossore della superficie cutanea. Il processo distruttivo per lo più progredisce rapidamente, in ultimo, si produce un'ulcera della grandezza di una moneta o più. Allora la malattia è dolorosa; i dolori lancinanti, che, in generale, non mancano in maggiore o minor grado anche nei primi periodi del morbo, divengono gravi. Le glandole linfatiche s'ingrossano e talvolta si rompono; l'infermo soffre moltissimo e presto o tardi muore nel marasma e nell'esaurimento.

Il corso di questa varietà della malattia varia; può essere o lento o rapidissimo. Io ricordo il caso di un signore di 65 anni, il quale restò sotto le mie cure dal principio alla fine, ed in cui il morbo compì con la morte il suo corso in un anno.

VARIETÀ PAPILLARE. — Invece di un'infiltrazione, come quella sopra descritta, la lesione può essere un'escrescenza papillare. Le formazioni di questo genere variano per grandezza, forma e contorno. Possono cominciare come tumori verrucoidi quanto un mezzo pisello o un'unghia con tutte le note di una comune verruca; o possono essere più grandi, quanto una moneta o la palma della mano, prominenti, lobulate, spongiose, chiaramente papillari. Gli



aspetti variano secondo il periodo della malattia. La superficie può essere o secca o umida; talvolta è coperta da un sottile strato di epidermide o squama cornea, secca, giallastra. In altri casi l'epidermide è in uno stato di macerazione. Non di raro il tumore dà un secreto viscido o denso, misto a sangue ed una sostanza biancastra, caseosa o sebacea. Le granulazioni possono essere esuberanti, carnose ed ineguali, oppure schiacciate, tendenti a crescere in estensione più che in altezza. Ordinariamente vi sono ragadi che segregano una sostanza semiliquida, di cattivo odore, composta di epitelio e materia sebacea con cui il sangue costituisce croste brunnastre aderenti. Col tempo la formazione, o qua e là o su tutta la sua superficie, mostra segni di disintegrazione, un' ulcera irregolarmente conformata, con granulazioni più o meno estese, che poi assumono il corso delle altre ulcere cancerigne. Può cominciare con una formazione papillare, come si è detto, e può aver origine da un' infiltrazione precedentemente esistente, superficiale o profonda.

L'epitelioma ha le sue sedi di predilezione; la più comune è la faccia. Si osserva sulle labbra, più spesso sull'inferiore, ove mostrasi ordinariamente in forma superficiale o profonda. È anche comune sulla mucosa della parte interna del labbro, sulla lingua e sulla bocca. Il naso è pure attaccato spesso, giacchè frequentemente la malattia comincia lateralmente al suo dorso. Le guance, le tempie, la fronte, le palpebre sono anche parti prescelte. Sulla faccia è molto più comune la varietà superficiale che la profonda. I genitali, massime il pene e lo scroto nell'uomo, e le piccole e grandi labbra nella donna, son del pari sedi non rare della malattia; sul ghiande si può mostrare come escrescenza papillare; sullo scroto in forma superficiale; sulle piccole e grandi labbra può esservi la varietà superficiale o la profonda. Son soggette a questa malattia anche altre parti; la lesione ordinariamente è unica.

**Etiologia.** — Le cause sono spesso oscure. Il morbo può avere il suo punto di partenza in un tessuto irritato localmente, come ad esempio, in una escoriazione, o sovra un labbro che è stato irritato dalla pipa. Le verruche di ogni genere sono i siti in cui molto comunemente si mostra. I nèi, pigmentario e vascolare, sono anche i suoi punti di partenza. La malattia si osserva molto più frequentemente nell'uomo che nella donna. *Thiersch* trovò che, su 102 casi da lui raccolti, 80 appartenevano a uomini e 22 a donne (1). *Paget* giunse alle stesse conclusioni: in 105 casi, nei quali trattavasi di regioni identiche in ambo i sessi, 86 volte furono attaccati uomini e 19 donne (2). Raramente si mostra prima dell'età media; per lo più non prima dei 40 o 50 anni. Si può, però mostrare anche prima, e vi sono casi in cui si sviluppò nella fanciullezza.

**Patologia.** — Le note anatomiche variano un poco, secondo la forma di cui si tratta e secondo il periodo del processo. Nella disposizione e distribuzione anatomica, della formazione patologica, vi sarà una maggiore o minore differenza, secondochè il tumore è

(1) *Der Epithelialkrebs namenlich der Haut*, p. 305. Leipzig, 1865.

(2) *Lectures on Surgical Pathology*, 3d ed., p. 733.

superficiale, papillare o profondo. Quello che sorge sul labbro può essere ritenuto come tipo della malattia. Se il tumore si taglia con un bistori, la superficie del taglio si trova ad occhio nudo grigiastrea, giallastra o rosso pallida, e disseminata qua e là, massime vicino alla superficie, di numerosi minuti punti grigiastri o giallastri, di accumulazioni rotonde e di strie irregolari che, ordinariamente, occupano una notevole parte della neoformazione. Essi sono i processi e globi epiteliali di cui parleremo. Alla pressione la superficie del taglio presenta un liquido più o meno scarso, fluido o viscido, giallastro, ed una sostanza biancastra o giallastra, solida o molle, caseosa, più o meno granulare. Questa sostanza ordinariamente si può spremere dal tumore, e allora si mostra in forma di piccoli turacciali profondi simili a comedoni. La natura del prodotto ottenuto da un taglio varierà molto secondo la varietà e la sede della malattia, ed anche secondo l'età: perciò può essere secco, friabile e solido, o molle, o semiliquido; il grado di vascolarità anche varia.

Microscopicamente l'epitelioma consiste, secondo che dice succintamente Kaposi (1), in « uno stato infiammatorio dei tessuti della pelle che sono infiltrati di cellule linfoidi e proliferanti e contengono numerosi vasi sanguigni dilatati, ed in un'effusione di linfa sierosa negli ingranditi spazii. I tessuti cutanei sono occupati da una rete con maglie contenenti cellule di proliferazione epitelioide, masse o globi e processi cilindrici formati dalla rete mucosa che invia prolungamenti simili a dita di guanto. Questi s'incrociano ed uniscono a prolungamenti simili vicini e formano una impalcatura epiteliale ». Prima dobbiamo parlare delle cellule: esse appartengono alla varietà squamosa o pavimentosa e non differiscono che poco dall'epitelio normale, che si osserva sulla pelle o sulla mucosa della bocca. Non hanno nulla che sia caratteristico dell'epitelioma. Possono essere disposti in forma di processi a clava, cilindrici o conici, e di masse rotonde o di globi (si chiamano anche « globuli concentrici », « capsule fibrose », « capsule laminate », « corpi cipolliformi », « masse epiteliali », « globuli perlacei », « perle epiteliali », « globi epiteliali »).

I processi sopra riferiti sono fatti dallo strato mucoso dell'epidermide, prolungatosi nel tessuto connettivo in forma di lunghe escrescenze, strette e digitiformi. Le cellule, ordinariamente, sono molto stipate, tanto da costituire masse solide e zaffi di epitelio. La grandezza e la profondità fino a cui penetrano variano. Talvolta sono così grandi da vedersi al taglio ad occhio nudo, ed appajono come strie e linee irregolari che decorrono dalla superficie verso il centro del tumore. Non di raro sono tanto sviluppate da obliterare quasi le papille. Nell'epitelioma molto avanzato penetrano in tutte le direzioni; giungono profondamente nel tessuto connettivo, comprimono gli elementi circostanti e, in ultimo, s'impadroniscono più o meno completamente di tutta la pelle. Finalmente subiscono una metamorfosi retrograda, la degenerazione grassa, la cheratoide o la colloide. O spariscono per assorbimento o si forma un'ulcerazione e si desquamano dalla superficie.

(1) Path. u. Ther. der Hautkrankheiten. Wien, 1880.

I globi epiteliali sono costituiti da cellule disposte concentricamente, come gli strati di una cipolla. Possono essere solidi o molli. Le cellule che compongono queste masse variano; quelle del centro ordinariamente sono piccole, rotondeggianti e compresse, mentre quelle della periferia sono allungate, secche e cornee. La grandezza dei globi varia; non di raro sono così grossi da vedersi subito ad occhio nudo; sono rotondi o ovoidali e circoscritti. Si trovano nei processi cilindrici ed anche in altre parti del tumore. Non sono però caratteristici del cancro epiteliale; possono presentarsi ovunque l'epitelio sta subendo una proliferazione e ritenzione, come ad esempio nel milio e nella cisti sebacea. Il grado di stroma esistente col cancro epiteliale varia; del resto non è mai un elemento preponderante. Si vede soprattutto nelle varietà papillare e profonda.

La patologia della così detta ulcera rodente, su cui si è rivolta tanta attenzione in questi ultimi tempi, si può particolarmente riferire. È stata studiata attentamente da Warren (1), Butlin (2), Thin (3), Tilbury e T. C. Fox (4) ed altri. Secondo Warren, l'epitelio e le papille sono normali nei primi periodi della malattia. In quest'epoca sotto la superficie, si formano masse lobulate di cellule epiteliali. Frequentissimamente le cellule stanno come masse solide nei prolungamenti cilindrici o digitiformi, che si anastomizzano, più o meno liberamente, l'un coll'altro. L'epitelio è piccolo e delicato, come quello che sta nella rete mucosa vicino ai margini delle papille. Talvolta, pertanto, l'epitelio in certi punti è più grande e forma il centro di un aggregato concentrico di cellule, come nelle forme più caratteristiche del cancro. Talvolta si trovano alveoli di forma oblunga, circolare o tortuosa, pieni di queste cellule, e nel centro talfiata un globo epidermico. In alcuni punti le masse di cellule cancerigne possono continuarsi nell'epitelio interpapillare. Warren non ha mai potuto scovire connessioni colle glandole sebacee o sudoripare. Quanto al punto d'origine del tumore nell'ulcera rodente le ricerche di Tilbury e di T. C. Fox mostrano che comincia nelle guaine della radice esterna dei follicoli piliferi, cioè nella rete mucosa trasposta.

Quanto all'istogenesi, o formazione e sviluppo del cancro epiteliale, non vi può esser dubbio che ordinariamente comincia dall'epitelio cutaneo e normale, dalla mucosa o dalle glandole. Varie ricerche, però, hanno stabilito il fatto che, oltre alle cellule epiteliali ed endoteliali, tutti gli altri elementi, corpuscoli di tessuto connettivo, elementi delle pareti vascolari, cellule muscolari e cellule linfatiche, possono costituire il tessuto epiteliomatoso. Paragonato l'epitelioma alle altre varietà di carcinoma, ha un grado notevolmente minore di malignità, e questa, relativamente, è locale.

**Diagnosi.** — L'epitelioma si può confondere coi tubercoli e le ulcerazioni sifilitiche, colle verruche acuminate, col lupus e col raro

(1) *The Anatomy and Development of Rodent Ulcer*. Boston, 1872. *E Medical Times and Gazette*, vol. i., 1880, p. 499.

(2) *Ibid.*, p. 23.

(3) *Ibid.*, p. 23.

(4) *London Path. Soc. Tran.*, 1879.



rinoscleroma. La papula o ulcera del cancro epiteliale, massime se sta sui genitali, può anche somigliare all'ulcera; ma, badando all'anamnesi, alla durata della lesione e ad altri punti d'importanza diagnostica, si giungerà a dare un giudizio esatto. Il corso delle formazioni sifilitiche tardive è sempre molto più rapido di quello dei depositi cancerigni. Soltanto rare volte, nei casi maligni, l'epitelioma ha un corso rapido. Inoltre il carattere del processo ulcerativo dovuto alla sifilide è molto diverso da quello del cancro epiteliale. Nella sifilide tubercolare vi possono essere due, tre o più punti di ulcerazione; nel cancro, ordinariamente, soltanto uno. Nella sifilide, in generale, il secreto è abbondante giallastro, cremoso; nel cancro è scarso, commisto a sangue, viscido e pieno di fibrille. Lo stato dei tessuti circostanti all'ulcera è anche diverso. Nella varietà infiltrante del cancro vi è maggiore o minore indurimento; nella sifilide manca, e il deposito è limitato immediatamente dalla pelle sana. Nel cancro vi può essere dolore di natura lancinante; nella sifilide l'ulcera, per lo più, è indolente.

Siccome molti cancri epiteliali cominciano in forma di verruche o di papillomi, spesso è difficile decidere se la lesione è una semplice verruca o partecipa della natura cancerigna. La storia del caso, il modo di progredire, l'aspetto generale del tumore, l'età dell'infermo ed il corso della malattia debbono far giudicare della sua natura. Tenendo sotto osservazione il caso per un certo tempo generalmente si giunge a far la diagnosi.

L'epitelioma si può distinguere dal lupus volgare perchè ordinariamente si presenta nell'età media e nella vecchiazza. Il lupus volgare, per lo più si mostra per la prima volta nella gioventù, spesso nella prima fanciullezza. L'epitelioma è quasi sempre unico; i depositi di lupus, per lo più, sono multipli. Il lupus, inoltre, può attaccare parecchie regioni del corpo contemporaneamente, come ad esempio la faccia e la mano. Quando nel lupus ha luogo l'ulcerazione o quando assume una forma ipertrofica, la diagnosi è più difficile; le due malattie, in questo caso, spesso si rassomigliano molto fra di loro, ma i depositi speciali del lupus, maculosi e papulosi, riuniti in isole e, per lo più, situati intorno all'ulcera, serviranno a distinguerlo dal cancro epiteliale. Oltre a ciò, la secrezione di un'ulcera cancerigna è diversa da quella di un'ulcera di lupus; è pallida, scarsa e viscida, mentre quella del lupus è giallastra e puriforme. Il secreto dell'ulcera epiteliomatosa ordinariamente è di cattivo odore mentre quello del lupus non è tale.

**Cura.** — Fatta la diagnosi il miglior partito è di stabilir subito la cura. I rimedii interni sono inutili; si deve asportare il tumore col bistori, col caustico, col cauterio attuale o col galvano-cauterio, insieme a tanta parte del tessuto immediatamente circostante quanta nel caso speciale si stimerà necessaria. L'operazione da preferire dipenderà dalla varietà del cancro, se superficiale o profonda; dalla proporzione in cui sono attaccati i tessuti circonvicini e dal sito passionato.

L'effetto finale, quanto alle ricadute, sarà sempre lo stesso con l'uno e con l'altro metodo, ammesso che le operazioni sieno eseguite con pari abilità. Gli epiteliomi superficiali, nella maggior parte dei casi, si asportano meglio col caustico. Fra i varii rimedii, la

potassa caustica, in forma solida o liquida, occupa uno dei primi posti. Essa produce molto meno dolore degli altri caustici energici, e, inoltre, non continua dopo la cauterizzazione e si può far cessare per mezzo degli acidi. Il tumore deve essere completamente cauterizzato non lasciandone nessuna parte intatta. Questa osservazione si applica a tutte le forme di operazione, sia coi caustici, sia con altri mezzi. In tutti i casi è bene far giungere il caustico fino ai tessuti sani. Quando si sta eseguendo l'operazione l'operatore deve determinare l'estensione della malattia e la parte di tessuto che deve subire l'azione operativa. La rapidità con cui il tessuto morboso si distrugge sotto l'azione del caustico e la resistenza che s'incontra quando si va sugli elementi normali metteranno il chirurgo in grado di capire quale è il momento in cui deve far cessare la cauterizzazione. Ordinariamente non vi è emorragia. Dopo l'operazione le parti si devono bagnare con acido acetico allungato e poi si devono medicare con unguento diachilon o con olio di ulive. Due volte al giorno si rinnoverà la medicatura e si laverà la ferita con acqua e sapone. In otto o dieci giorni l'escara si distaccherà mostrando ordinariamente una superficie granulante buona, che, nei casi favorevoli, guarirà completamente, lasciando non di raro una cicatrice insignificante. D'altra parte, nei casi in cui la malattia è di indole maligna, la ferita talvolta si avvia apparentemente al processo di riparazione nel solito modo per le prime poche settimane, e poi questo processo si arresta e si rifa l'ulcera come prima. Questo suole essere il corso della varietà profonda. La potassa con calce, in forma di bacchettina o polverulenta, trasformata in pasta, è anche un eccellente preparato. Talfiata è da preferirsi alla potassa pura.

Si usano allo stesso scopo altri caustici. Il cloruro di zinco, in forma di pasta con farina, o in forma solida, è raccomandato soprattutto per la varietà superficiale. È efficace, ma molto doloroso e alcune volte il dolore è indomabile per parecchi giorni. Ho veduto casi in cui era tanto forte e tanto pertinace da prostrare l'infermo. È inoltre dubbio se a paragone degli altri caustici ha quei vantaggi per cui si è raccomandato. L'arsenico, in forma di pasta, con acacia polverata a parti eguali, si può usare con molto successo in molti casi della varietà superficiale. È efficace e si può raccomandare. L'acido pirogallico, in forma di unguento, 3<sup>re</sup>, 80 a 7<sup>re</sup>, 60 per 21 gr., come lo raccomanda Kaposi ho visto che ha una speciale efficacia. Si deve spargere sopra un pezzo di musolina e tenere applicato per due a sei giorni costantemente. Grazie alla proprietà di non cagionare dolore devesi specialmente raccomandare a preferenza degli altri rimedii caustici. Il nitrato di argento si può usare per distruggere le formazioni primitive e i depositi che si ponno formare sul margine delle ulcere superficiali. Qualunque rimedio si adopera, si deve applicare completamente; quanto più radicale è l'operazione tanto meno probabile è una recidiva.

D'altra parte vi sono casi in cui è preferibile l'adoperare il bisturi invece del caustico. Quando la varietà della malattia è la profonda o infiltrante, la maggior speranza di guarigione senza dubbio sta nell'operazione Tagliacozziana. Si escide prima completamente

la lesione e si cove la parte scoperta con un lembo di cute sana, preso, ove sia possibile, da una regione remota, come l'avambraccio o la mano, senza distaccarne il peduncolo. Il mio amico Dottor J. E. Garretson, di questa città, loda molto questa operazione (1) ed io ho buone ragioni per credere che il suo successo in un certo numero di casi sia stato notevole. Ha uno speciale valore nei casi in cui il morbo si riproduce. La sua estensione, la parte passionata, la già sperimentata inutile applicazione dei caustici ed altre circostanze, non di raro rendono l'estirpazione col bistori il miglior metodo di cura.

Il galvano-cauterio si è anche adoperato con notevole successo ed è un rimedio efficace (2); è specialmente opportuno nei casi in cui il tumore occupa regioni in cui il caustico o il bistori non si possono adoperare che con difficoltà, come nell'angolo interno dell'occhio. Il *ebra*, *Kaposi*, *Auspitz* ed altri parlano bene del raschiatojo o cucchiajo nella cura delle formazioni superficiali, adoperati come nel *lupus volgare* e che abbiamo già descritto. Il suo uso, secondo me, deve sempre essere coadiuvato da quello di uno dei caustici.

**Prognosi.** — Questa è sempre più o meno sfavorevole, variando molto, però, secondo i casi. L'età dell'infermo, la durata della malattia, il suo corso, la regione da essa occupata, l'essere il tumore unico o multiplo, tutto si deve prendere in considerazione, nonchè la varietà della malattia, se superficiale o profonda, il grado d'infiltrazione nelle parti circostanti, e la presenza o mancanza di complicazioni glandulari.

La varietà superficiale può aumentare lentamente per anni senza dare origine a grave alterazione, come ad esempio nel caso di così detta *ulcera rodente*. D'altra parte si può estendere con rapidità e formare un'ulcera di notevole grandezza o può trasformarsi nella varietà profonda, nel qual caso la prognosi è più grave.

La varietà profonda è sempre una malattia grave, ma il suo corso varierà molto. Una volta è rapido e finisce colla morte in uno o due anni; in altri casi dura per un periodo più lungo. In amendue le varietà frequentemente avvengono recidive; si deve prevenire l'infermo della possibile riproduzione del male.

### SARCOMA CUTANEO.

Il sarcoma cutaneo consiste in tubercoli e tumori (3) quanto un pallino, un pisello, una noce o più grandi, di varia forma, discreti, non pigmentati o pigmentati. I tumori non pigmentati che si manifestano come tumori unici o multipli sopra le varie regioni rappresentano forse la più comune manifestazione della malattia. Sono levigati, resistenti ed elastici e non sono molto dolorosi alla pressione; il loro colore è rossastro, violaceo o rosso-brunastro; nella varietà

(1) *System of Oral Surgery*, Phila., 1873; e *Phila. Med. Times*, Sept. 25, 1880.

(2) Veggasi un lavoro con casi di *Bryant*, *Lancet*, April 4, 1874.

(3) L'autore ha tratto profitto dai lavori di *Wigglesworth* (*Archives of Dermatology*, vol. ii., No. 2), *Kaposi* (*Diseases of the Skin*, vol. iv.), e di *Höbner* (*Archiv für Derm. und Syph.*, Heft 3, 1869).



pigmentaria sono brunastri, azzurrognoli o nerastri; possono essere unici o multipli; per lo più sono multipli e si possono sviluppare su qualunque parte del corpo. Si manifestano senza una distribuzione regolare. I sarcomi multipli pigmentarii, secondo Kaposi, che ne ricorda 5 casi (1), a principio appaiono sempre sulla pianta e sul dorso dei piedi, e più tardi sulle mani e sono accompagnati da diffuso ingrossamento della pelle. La malattia si può confondere col sifiloderma papuloso, colle gomme, col lupus e con la lepra. E sempre maligna, giacchè, talvolta, in pochi anni produce la morte.

La formazione può essere un sarcoma piccolo o grande, a cellule rotonde o fusiformi. I casi di Kaposi facevano vedere che consistevano in gruppi di cellule rotonde del derma, in leggere emorragie nel derma e nello strato papillare ed in una larga quantità di pigmento. Nel caso di Wigglesworth la malattia stava principalmente nella cute e consisteva in larghe cellule rotonde con nuclei unici granulari, relativamente di grandezza uniforme, e molto più grosse dei corpuscoli bianchi del sangue. Esse stavano impiantate in uno stroma reticolato delicatamente fibroso, le cui maglie, per la maggior parte, contenevano ciascuna una cellula.

La rara malattia descritta da Geber (2) e da me (3) col nome di NEOPLASMA FUNGOIDE INFIAMMATORIO può essere qui ricordata. Hebra per il primo l'osservò nel 1872, ed una breve relazione apparve nel rapporto annuale per il 1873 dell'Ospedale Generale di Vienna. Nel 1875 fu ripubblicato questo caso da Hans Hebra, e, più recentemente, Geber ne ha fatto l'argomento di un articolo. Nel 1874 Hebra, osservò un secondo caso. Un altro caso fu presentato pochi anni dietro dal Dott. Piffard alla Dermatological Society di New-York, ma non ne furono ricordate le note (4). È una forma molto rara di malattia

Le lesioni sono di parecchie specie distinte; le più importanti consistono in piastre schiacciate e leggermente elevate ed in tumori fungoidi protuberanti. La grandezza delle piastre schiacciate varia da quella di una piccola moneta a quella della palma della mano. Sono rotonde o ovoidali e sono o alla stesso livello con la cute circostante o prominenti. Possono essere superficiali o profonde, levigate, squamose o coperte di croste e di color rosso-pallido o rossastro intenso. Con l'involutione generalmente assumono un colore picchiettato o variegato, porporino, giallastro o di salamone. I tumori sono rotondi o ovoidali, tubercolari o fungoidi, di grandezza che varia da quella di un pisello a quella di un uovo, rosso-pallidi, rosso lampone scuro o violaceo. Sono molli, resistenti o solidi e, quando hanno raggiunto un pieno sviluppo, sono più o meno chiaramente incavati, lobulati e depressi nel centro; hanno

(1) Nella sua ultima opera (Path. u. Ther. der Hautkrankheiten, Wien, 1880) dice di avere osservato 5 altri casi. Tutti riguardanti uomini.

(2) Deutsches Archiv für Klin. Med., Bd. xxi., Heft 2 u. 3, März, 1878. Leipzig. (Con una cròmo litografia).

(3) Archives of Dermatology, Jan. 1879, a Jan. 1880. (Con due figure).

(4) Trans. Amer. Derm. Assoc., 1878.

una superficie levigata e lucida e danno uscita ad un liquido fluido, sieroso, sanguigno, ovvero puriforme che si dissecca formando croste brunastre.

Le lesioni possono apparire repentinamente, in poche ore o in un giorno, o gradatamente nel corso di settimane o mesi. Raggiunta una certa grandezza tendono a rammollirsi, a diminuire di volume e, o subiscono un' involuzione spontanea, ovvero si ulcerano. I sintomi subiettivi consistono nel prurito e nel bruciore, ma sono variabili; tutte le regioni vi possono andar soggette e senza simmetria. Il corso della malattia è variabile, ma tende a finire presto o tardi con la morte. Le lesioni individuali generalmente seguono un corso bizzarro, e, nei casi tipici, si possono ordinariamente osservare in tutti i periodi di evoluzione e d' involuzione sullo stesso individuo.

Al microscopio la malattia consiste in un'abbondante infiltrazione di cellule rotonde, strettamente avvicinate e piccole, che occupano completamente il derma ed i tessuti sottocutanei. Le cellule sono piccole, variabili per grandezza e forma, compatte e lucide e finalmente o grossolanamente granulari. Le più grosse presentano nuclei. La loro disposizione è varia; si mostrano, principalmente, in forma di densi aggregati o di corde o di colonne, le quali ultime seguono la direzione del tessuto connettivo fibroso. *H e i t z m a n n* (1) ritiene che la malattia sia un sarcoma, opinione condivisa da *K a p o s i* (2). Il caso riferito da me presentava a principio (durante il 1° anno) evidenti sintomi infiammatori, che m'indussero a dare provvisoriamente, per esprimere i suoi principali caratteri, il nome di neoplasma fungoide infiammatorio a questa malattia. Quasi contemporaneamente fu adottato lo stesso nome da *G e b e r*. In un periodo più avanzato del suo corso il microscopio mostrò che il processo è di natura piuttosto sarcomatosa e fibro-sarcomatosa. La malattia si deve distinguere dalle forme fungoidi di linfadenoma, di cancro e di sifilide e dal lupus volgare, dalla lepra e dalla framboesia. La malattia che il Dott. *V a n H a r l i n g e n* (3) ha descritto come « un caso di scrofuloderma ulcerativo » (che passò anche sotto la mia osservazione), credo che si possa probabilmente ritenere come un'altra varietà della stessa malattia, giacchè gli ultimi periodi presentavano notevoli sintomi comuni col caso di neoplasma fungoide infiammatorio da me descritto, e finì pure con la morte.

Le così dette « malattie fungoidi della pelle », di cui sono stati riferiti casi di quando in quando, tranne se sono evidentemente varietà di cancro o delle altre malattie sopraenumerate, per la maggior parte sono di natura oscura. *K ö b n e r* (4) raccolse 5 casi rari della specie, che furono osservati nell' *Hopital St. Louis* a Parigi, e qualificati provvisoriamente per « tumori cutanei multipli, fungoidi, papillomatosi ». Due di questi casi furono osservati da *H a r d y* e due da *Bazin*, il quale ne riportò uno nel suo trattato sulle ma-

(1) *Archives of Dermatology*, Jan. 1879.

(2) *Path. u. Ther. der Hautkrankheiten*. Wien, 1880.

(3) *Archives of Dermatology*, April, 1879.

(4) *Klinische und experimentelle Mittheilungen aus der Dermatologie und Syphilidologie*, p. 37. Erlangen, 1864.

lattie cutanee col nome di « micosi fungoide ». Il quinto caso era stato precedentemente ricordato da Alibert. Parecchi, se non tutti, di questi casi hanno molti sintomi comuni con la malattia di cui ci occupiamo, com'è stata descritta da Geber e da me, e credo che si possano con probabilità ritenere della stessa natura. Tilbury-Fox (1) anche descrive una rara forma di « malattia fungoide », che differisce dall'ordinario fibroma per la sua vascolarità, per il suo rapido sviluppo e per la tendenza ad ulcerarsi che, senza dubbio, ha tale lesione. Resta ancora a parlare della cosiddetta « linfadenia cutanea » o « micosi fungoide » di Gillot (2) e Demange (3), la cui natura non è chiara, ma che, probabilmente, ha molte note comuni con la malattia di cui ci occupiamo.

Qui possiamo parlare di una rara forma di malattia riferita dal Dott. W. A. Hardaway (4), di St. Louis, che consiste in « tumori multipli della pelle » accompagnati da forte prurito, la cui natura non è chiara. Trattavasi di una signora di media età, in buono stato di salute, di cui le mani e i piedi, incluse le palme e le piante, le avambraccia, le braccia, e le gambe erano la sede di numerosi tubercoli e tumori simmetricamente distribuiti, la cui grandezza era quanto quella di un pisello o più, coperti di epidermide grossa, squamosa, e che, al tatto, davano una sensazione cornea resistente. Qua e là confluivano formando isole nodulari, mentre, in altri punti, vi erano isole o piastre di varia grandezza e forma, grosse, che passionavano tutta l'altezza della pelle. La malattia era accompagnata da forte prurito; durò 20 anni e cominciò in forma di bolle che furono subito seguite dai tubercoli e dai tumori. Questi ultimi talvolta si ulceravano ma, dopo, guarivano; quando si escidevano si riproducevano nella stessa forma primitiva. L'esame microscopico fatto dal Dott. Heitzmann mostrò che la malattia era dovuta ad un processo flogistico cronico, il quale aveva sede principalmente negli strati superiori del derma.

### NÈO VASCOLARE.

*Sin.*; Noevus Vascularis; Noevus Sanguineus; *Ted.*, Gefässmal.

I nèi vascolari sono formazioni congenite, composte principalmente di vasi sanguigni che hanno la loro sede nella pelle e nei tessuti sottocutanei. Le loro note cliniche variano. Possono essere escrescenze prominenti, turgide, erettili o anche pulsanti, simili a tumori, circoscritte, con una superficie ordinariamente ineguale o scabra (ANGIOMA CAVERNOSO, NÈO TUBEROSO); o possono essere in forma di isole schiacciate, non elevate, bene o mal definite, distinte o vaghe, levigate (NÈVUS FLAMMEUS, NÈO SEMPLICE, ANGIOMA SEMPLICE). Quest'ultima forma è chiamata dagli Inglesi, *Port wine*

(1) Skin Diseases, 2d Amer. ed. New ork York, 1873.

(2) Étude sur une Affection de la Peau décrite sous le nom de Mycosis Fongoide (Lymphadénie Cutanée). Paris, 1869.

(3) Du Mycosis Fongoide ou Lymphadénie Cutanée. Annales de Derm. et de Syph., No. 2, 1873-74.

(4) Archives of Dermatology, April, 1880.



*mark* o *claret stain*, e dai Tedeschi *Feuermal*, dai Francesi *tache de feu*. I nèi sono rotondeggianti o irregolarmente conformati; hanno un colore chiaro o rossastro-scuro, violaceo o azzurrognolo; la tinta varia molto. Possono essere piccoli, quanto un pisello o un fagiuolo o più grandi; talvolta sono tanto estesi da coprire aree quanto la palma della mano o la mano; raramente sono multipli. Si osservano su tutte le parti della superficie cutanea, ma, nella maggior parte dei casi, sul capo e specialmente sulla faccia. Il labbro è una sede favorita. Il loro corso varia; molto spesso, dopo di aver raggiunto una certa grandezza nei primi periodi della vita, restano immutati, mentre, talvolta, retrocedono fino ad un grado variabile. D'altra parte, talfiata, massime nel caso di formazioni erettili più grosse, aumentano di volume; quanto più vascolari essi sono tanto più è probabile che crescano. Ordinariamente rimangono come deformità permanenti. Talvolta, nel caso di tumori semplici, diffusi, schiacciati, scompajono del tutto, per lo più in un'epoca precoce. Tutti divengono più pallidi sotto la pressione; i più prominenti tumori sono molto compressibili.

**Patologia.** — Le cause che danno origine ai nèi sono ignote. La loro struttura è semplice o complessa; sono composti di vasi sanguigni e capillari dilatati ed ipertrofizzati, tanto arteriosi che venosi che hanno la loro sede nel derma e nei tessuti sottocutanei. I vasi si debbono ritenere come formazioni anormali, giacchè la loro grandezza, numero e disposizione sono insoliti. L'angioma schiacciato o semplice (*Nævus flammeus*) è una diffusa neoformazione di vasi, sanguigni, specialmente di capillari, nel derma e, soprattutto, nei suoi strati superiori; nel così detto « angioma lobulare », che si vede sulla faccia, massime sul labbro, i vasi sanguigni sono convoluti e i lobuli separati da tessuto connettivo in maggiore o minor quantità. Nella forma cavernosa vi è del pari una copia variabile di tessuto connettivo; ordinariamente vi sono anche altri elementi della pelle normale, come peli e glandole. Talvolta partono dai tessuti sottocutanei, massime dallo strato adiposo, e costituiscono l'« Angioma lipomatode ». Altre volte sono di natura alquanto verrucoide; in certi casi possono essere pigmentati.

**Cura.** — La cura da raccomandare per l'asportazione dei nèi, quando è necessaria, è relativa alla regione passionata ed alla grandezza, forma e caratteri generali della formazione di cui si tratta. Sono stati suggeriti varii mezzi; quelli che sono stati seguiti dai migliori successi sono i seguenti. I nèi della grandezza di una testa di spillo si possono curare con la puntura per mezzo di un ago arroventato, o di un ago bagnato nell'acido nitrico o per mezzo di un ago e di quattro a otto elementi galvanici, come nella telangiectasia. Quando il tumore è quanto mezzo pisello ed è circoscritto si può curare colle applicazioni caustiche. L'etilato di sodio, di cui parlò per il primo il Dott. B. W. Richardson, è un caustico sufficiente nelle forme più superficiali di nèi. Si fa aggiungendo il sodio all'alcool assoluto (1), e la miglior cosa è di applicarlo per mezzo di una bacchettina di vetro. Quantunque il dolore che ac-

(1) Veggasi il lavoro del Dr. Richardson nel *Lancet*, vol. ii., 1878, p. 654.

compagna l'applicazione ordinariamente non è forte, pure può essere diminuito aggiungendo una soluzione alcoolica di oppio all'etilato di sodio. La potassa caustica applicata in soluzione, a dosi che variano secondo la estensione della superficie su cui si deve agire, si può anche usare con buoni risultati; quanto più piccolo è il tumore tanto più forte si può fare la soluzione. Si possono usare da 3<sup>ra</sup>,80 a 15<sup>ra</sup>,20 per ogni 31 gr., talvolta bastano una o due applicazioni. L'acido nitrico si può pure usare, massime nel caso di nèi piani, pennellando la superficie tanto da produrre una cauterizzazione superficiale. Se il tumore ha una certa grandezza se ne pennellerà soltanto una parte ciascuna volta.

Neumann raccomanda un unguento composto di empiastro adesivo, 3<sup>ra</sup>,80, tartaro emetico centig. 54 per i nèi circoscritti, soprattutto del capo, piccoli, quanto un'unghia, prominenti e piani. L'applicazione non produce che poco dolore. Buoni risultati producono talvolta il collodio ed il sublimato corrosivo, alla dose di 48 centig. per 28 gr. Le iniezioni col cloruro di ferro, con la cantaridina e con altre sostanze simili, come si facevano una volta, non bisogna usarle, poichè possono produrre estesa mortificazione e, talvolta, emorragia.

Balmanno Squire (1) raccomanda le scarificazioni lineari per le macchie di vino. Si esegue, sminuzzando o tagliando il nèo, secondo numerose linee superficiali parallele ed in direzione obliqua alla sua superficie, distanti un sedicesimo di pollice l'una dall'altra; a queste se ne fanno seguire altre ad angolo retto e pure obliquamente alla superficie del nèo, in modo che tutti i minuti vasi sanguigni, verticali e orizzontali, siano tagliati completamente. Si raffredda prima la pelle con polverizzazioni di etere e con la pressione, continuata 10 o 15 minuti, prima che si torni a riscaldare. Squire dice che questo metodo è senza dolore, e senza perdita di sangue e che non lascia cicatrici. Malcolm Morris e il Dr. McCall Anderson, però, asseriscono che, dopo molti tentativi, il metodo nelle loro mani è riuscito infruttuoso (2).

La scarificazione punteggiata nella stessa forma di nèo è raccomandata dal Dr. S. Sherwell (3) per mezzo di uno strumento composto di alcuni fini aghi disposti in un fascetto colle punte lontane le une dalle altre un po' meno di  $\frac{1}{16}$  di pollice. Essi sono spinti repentinamente per mezzo di una molla ad una certa profondità nel nèo. Questi aghi possono essere bagnati in una soluzione satura, o al 50 per 100, di acido carbolico, o in una soluzione al 25 o 40 per 100 di acido cromico. La pressione subito fa cessare la leggera emorragia e dopo si lava la parte con alcool e vi si applica sopra un denso strato di collodion. Come è avvenuto della scarificazione lineare di Squire questo metodo non sempre è riuscito agli altri operatori.

La vaccinazione sul nèo, talvolta, è seguita da risultati molto soddisfacenti, massime nel caso di formazioni piccole, e ne parlano

(1) British Medical Journal, vol. ii., 1879.

(2) Archives of Dermatology, Oct. 1879.

(3) Ibid., vol. v., 1879, p. 354.

bene molti ossservatori. R a g a i n e (1) riferisce sette casi di nèi erettili guariti con questo metodo. L'operazione si può eseguire sulla circonferenza dei tumori o direttamente sulla loro superficie. Egli afferma essere importante che i punti dell'innesto debbano distare circa mezzo pollice. Il miglior strumento a questo scopo è un ago da insetti, giacchè l'emorragia, la quale tien dietro all'uso della lancetta, può fare andar perduta la sostanza dell'innesto. Ad impedire questo accidente l'ago si può lasciare nella puntura per pochi momenti. Giusta l'esperienza di R a g a i n e, la grandezza del tumore non è mai una controindicazione all'uso di questo metodo.

La cura con la introduzione della corrente galvanica o con la elettrolisi probabilmente è quella che dà i più numerosi risultati ed è stata raccomandata molto, a preferenza degli altri rimedii. Sono stati riferiti molti casi in cui si ebbe un buon esito dal suo uso (2). I vantaggi ad essa attribuiti sovra gli altri metodi di cura sono in brevi termini i seguenti: sicurezza dell'operazione, mancanza di emorragia, cessazione del dolore immediatamente dopo l'operazione, mancanza di cicatrici nei piccoli nèi e, finalmente, semplicità, rapidità e buon risultato dell'operazione. Ordinariamente bastano da sei a dodici elementi. Uno o più aghi di platino, secondo la grandezza del nèo, si attaccano al polo negativo, ed un solo ago, o quando l'escrescenza è grossa, una punta di carbone torrefatto, al polo positivo. Dopo che per breve tempo l'ago è rimasto nel nèo comincia la decomposizione, scappa fuori gas dai lati dell'ago, si forma un grumo ed il nèo si fa bianco-azzurrognolo. Coi mezzi opportuni si deve evitare la mortificazione. La suppurazione, inoltre, non dovrebbe avvenire.

Il galvano-cauterio è anche un eccellente mezzo di cura ed è molto raccomandato dai Dri. D a w s o n e A l l e n (3) con l'ago, con il bistori o con una laminetta di platino. Per i nèi superficiali tutto ciò che si richiede è un tal grado di calore da irraggiarsi dalla superficie nei tessuti più profondi. Quando trattasi di formazioni sottocutanee è necessario un calore bianco acciocchè il bistori o l'ago ne ritengano abbastanza da produrre effetto quando ha raggiunto gli elementi più profondi. Secondo D a w s o n, il galvano-cauterio produce un grumo che si organizza rapidamente ed un restringimento del calibro dei vasi, che resta permanente, senza distruzione di tessuti. Nei nèi superficiali di moderata grandezza dicesi che produca la guarigione una sola applicazione ben fatta. Quando sono grandi in ogni volta si deve operare soltanto sopra una parte.

Quando i tumori sono prominenti o peduncolati spesso si può usare la legatura con buon risultato, comechè possa restare una cicatrice nei casi in cui il nèo ha una certa grandezza. Si può anche tentare la compressione.

---

(1) Jahresbericht der Gesamt. Med., 1874.

(2) Veggansi i lavori di Carter, Lancet, Jan. 18, 1873; Penhall, Lancet, April 11, 1874; Beard, Phila. Med. Times, Sept. 5, 1874; Knott, Lancet, March 20, 1875; Duncan, Edin. Med. Jour., Feb. 1876.

(3) New York Medical Record, vol. xi., 1876, pp. 11, 12.



**TELANGIECTASIA.**

Le telangiectasie sono formazioni vascolari che appaiono nel corso della vita; sono, perciò neoformazioni acquisite, all'opposto di quelle che sono congenite e che si chiamano nœi. Si manifestano o come formazioni più o meno circoscritte o come linee tortuose; ad occhio nudo si vedono composte da una rete di capillari dilatati.

La grandezza delle telangiectasie circoscritte varia da quella di una testa di spillo a quella di un pisello; sono allo stesso livello con la cute circostante, o sono prominenti, talvolta all'altezza di un mezzo pisello; la loro forma è rotondeggiante, ovoidale o irregolare. Il loro colore varia dal rosso chiaro allo scuro o violaceo, sono uniche o multiple; non di raro se ne possono osservare una, due o tre, qua e là sulla superficie cutanea. Si possono sviluppare sopra qualunque regione, ma più frequentemente s'incontrano sulla faccia e sul torace. Appaiono in forma di isole mal definite, o di raccolte di capillari dilatati, con un contorno più o meno preciso, che si ramificano tortuosamente sulla superficie cutanea. Si osservano principalmente sulla faccia e sul petto.

In generale le telangiectasie non si manifestano fino all'età adulta o media. Non sono accompagnate da sintomi subiettivi, il loro corso è lento, giacchè si estendono, per lo più, in un periodo di anni. Generalmente restano come neoformazioni permanenti, ma possono sparire da sè.

**ROSACEA.** — Con questo nome s'indica una varietà di telangiectasia, caratterizzata da una dilatazione dei capillari cutanei, diffusa, più o meno generale, ordinariamente sulla faccia. I vasi sono dilatati e danno alla pelle un aspetto rossastro contrassegnato da linee che, per lo più, hanno un corso irregolare o tortuoso. Questa alterazione può essere circoscritta, come avviene ordinariamente, per esempio sul naso; o generalizzata, presentandosi sulla maggior parte della faccia. La sua sede comune è il naso ma si presenta anche spesso sulle guance e sul mento. Il fronte può essere pure attaccato, o solo o insieme alle altre parti della faccia.

La rosacea è molto spesso complicata ad acne, costituendo ciò che dicesi acne rosaceo; ma può manifestarsi sola, senza alterazione delle glandole sebacee. Può anche apparire sul naso insieme alla seborrea negli individui clorotici ed anemici. Nella rosacea semplice la pelle ordinariamente è levigata ma, nei casi gravi, può essere ineguale, per l'estrema distruzione dei vasi superficiali. Quando vi è la seborrea la parte ha un aspetto lucente, più o meno unto. Sotto la pressione il rossore sparisce per il momento ma subito ritorna; nel sito alterato il calore spesso supera il normale; nei casi complicati da seborrea, però, vi può essere una temperatura più bassa della normale. Il colore è o rosso chiaro o violaceo, secondo la durata della malattia, l'età dell'infermo e la causa. Nella rosacea complicata da acne, il naso negli uomini ordinariamente s'ingrossa e tutto il tessuto cutaneo s'ipertrofizza (veggasi acne rosaceo). La cura della telangiectasia è quella del nœo vascolare; ma io richiamo l'attenzione specialmente sul valore dell'elet-

trolisi, raccomandata da H a r d a w a y (1). Il metodo di cura è identico a quello descritto a proposito dell'asportazione dei peli superflui ed a cui rimando il lettore.

### LINFANGIOMA CUTANEO.

Questa rara forma di malattia fu descritta la prima volta da H e b r a e da K a p o s i (2) col nome di LINFANGIOMA TUBEROSO MULTIPLO. Recentemente è stato riferito un caso da P o s p e l o w (3) identico per le sue note principali a quello di K a p o s i. È caratterizzato da tubercoli numerosi, sparsi, grandi quanto un pisello o un fagiuolo, ovoidali, rotondeggianti, rosso-brunastri, lucidi, alquanto trasparenti, levigati, piani, leggermente protuberanti, che, per la maggior parte si mostrano sul tronco; con la pressione diventano pallidi; al tatto sono resistenti ed elastici, e sono impiantati sul derma ma senza un contorno preciso. P o s p e l o w richiama specialmente l'attenzione sopra una nota caratteristica della malattia, cioè sulla trasparenza delle lesioni e sulla rapidità con cui possono scendere sotto il livello della cute circostante. Alla pressione sono leggermente dolorose. All'aspetto la malattia rassomiglia al grande sifiloderma papuloso schiacciato.

L'esame microscopico delle lesioni escise mostra tutto il derma perforato da canali di varia grandezza, che appaiono come aperture rotonde o ovoidali, e mostra, inoltre, che i vasi linfatici e le lacune linfatiche sono immensamente sviluppate. La neoformazione è quasi totalmente costituita da questi elementi ed ha la sua principale sede nel derma. In amendue i casi riferiti si manifestò nella fanciullezza o fu congenita. Lo stato generale di salute resta buono; il corso della malattia è lentissimo; non ha tendenza alla malignità.

### NEVROMA CUTANEO.

Col nome di nevroma della pelle descriverò una malattia caratterizzata dalla presenza di neoformazioni nevromatose di varia grandezza e forma, la cui sede primaria è nella vera pelle. La malattia è rarissima, non essendovene riferiti, per quanto io sappia, che due casi: il primo da me (4) e l'altro posteriormente da K o s i n s k i (5). Eccone un riassunto.

*Caso I.* L'infermo era un uomo di 70 anni, il quale era stato sotto la mia osservazione per 6 anni (6). La malattia cominciò all'età di 60 anni in forma di piccoli tubercoli rotondeggianti sulle

(1) Archives of Dermatology, Oct. 1879.

(2) Loc. cit. vol. iii. p. 387. Nell'Atlante delle malattie cutanee di H e b r a, fascicolo X, tavola 6, vi è un ritratto riguardante il caso riferito da K a p o s i. Veggasi anche B i e s i a d e c k i, Untersuchungen aus dem Pathologisch-Anatomischen Institute in Krakau, p. 11. Wien, 1872.

(3) Viertelj. für Derm. und Syph., Heft 4, 1879.

(4) Case of Painful Neuroma of the Skin. Amer. Jour. of the Med. Sci., Oct. 1873.

(5) Neuroma Multiplex. Centralblatt für Chirurgie. No. 16, 1874.

(6) Qui descriviamo la malattia come presentavasi prima dell'operazione (nell'Ottobre del 1874).

spalle con prurito ma senza dolore. Per 4 anni continuarono a presentarsi numerosi talchè, alla fine di questo periodo di tempo, un braccio e la spalla ne erano pieni. Durante i consecutivi 6 anni si manifestarono ad intervalli più lunghi ed il loro sviluppo fu più lento, quantunque se ne presentassero altri di quando in quando. I tubercoli primitivi aumentavano appena di volume.

La malattia era caratterizzata da numerosi piccoli tubercoli quanto mezzo pisello, resistenti, schiacciati, che occupavano la regione scapolare sinistra, la spalla e la superficie esterna del braccio fino al gomito. Sulla spalla e sul braccio erano fittamente accumulati, e la superficie presentava una massa solida di tessuto resistente pieno di tubercoli, i quali erano irregolarmente disseminati e non occupavano nessun tragitto nervoso. Non si potevano spostare ed erano solidamente incorporati alla pelle estendendosi fino al tessuto connettivo sottocutaneo. Sulla regione scapolare e sopra il braccio vicino al gomito erano più sparsi e discreti. La pelle intersposta fra di essi era normale; il colore era porporino o porporino rosa; le formazioni più recenti, isolate, avevano una tinta rosa-pallida o il colore della pelle normale. Il colore della superficie alterata, in complesso, variava secondo la posizione dell'arto e la presenza o mancanza di dolore. La superficie era più calda della pelle sana adiacente e, durante un attacco dolorifico, divenne calda o violacea. I tubercoli producevano in scarsa quantità squame fini, laminari, giallastre, lucide, di cui si spogliavano, e la parte ammalata aveva un aspetto secco alquanto squamoso.

Il dolore parossistico costituiva il sintomo molesto, e non si manifestò che tre anni dopo che i tubercoli avevano cominciato a formarsi. Era violentemente cruciante, diffondendosi lungo il braccio sino alle nocche delle dita, attraverso il petto e lateralmente al collo e al capo e durando ordinariamente un'ora e più. Le cause che lo provocavano erano il movimento della parte ammalata, l'influenza dell'aria fredda, i patemi d'animo o le eccitazioni. Qualunque notevole cambiamento verso il tempo cattivo era accompagnato da un attacco di dolore. Questo era meno frequente nell'estate che nell'inverno o in una stagione piovosa o in cui nevica frequentemente. La nutrizione del braccio non era alterata. Lo stato generale di salute era buono. A questa malattia non si poté assegnare alcuna causa.

L'esame microscopico dei tubercoli escisi mostrò che erano costituiti da tessuto connettivo resistente, con fibre nervose amidollari, le quali giungevano fino allo strato papillare del derma (1). Nessuno dei vari metodi di cura adoperati di quando in quando produsse un risultato favorevole; perciò il Dr. F. F. Manly eseguì la resezione di una parte (un pollice) del plesso brachiale dei nervi. L'operazione fu seguita dai soliti sintomi di atrofia consecutivi ad una sezione nervosa, da rilevante diminuzione di dolore e da notevole impiccolimento della neoformazione (1).

*Caso II.* Il caso di K o s i n s k i riguardava un uomo di 30 anni. La malattia si manifestò a 16 anni. I tubercoli erano a principio

(1) Nel primo esame del tumore non potei trovare elementi nervosi anormali. Ricerche più recenti hanno però mostrato la presenza dei sopradetti elementi.



piccoli e indolenti, ma, più tardi, si fecero più grossi e dolorosi. La malattia occupava i lati posteriore ed esterno della coscia destra fino al suo terzo inferiore ed una parte della natica. Era caratterizzata da numerosi tubercoli (circa un centinaio) disseminati, più o meno difiniti, rotondeggianti o ovoidali, di grandezza che variava da quella di una testa di spillo a quella di una noce. Stavano nel derma, ma giungevano nei tessuti più profondi. Erano duri, elastici e dolorosi al tatto. I più grossi erano semitrasparenti; la pelle era secca, ineguale e coperta da un'epidermide squamosa che si desquamava lentamente. Il dolore era un sintomo notevole della malattia. Alla pressione le lesioni, massime le più grosse, erano molto dolorose e il dolore s'irradiava in tutte le direzioni.

L'esame microscopico li mostrò composti di « fibre nervose midollari e di tessuto connettivo ». Erano fornite di nervi dalle branche del piccolo sciatico e cutaneo esterno. Essendo fallita ogni altra operazione si scoprì una parte del nervo piccolo sciatico con un'incisione obliqua nella piega glutea e se ne risecò un pollice. L'operazione fu seguita da una immediata diminuzione del dolore. Quattro mesi più tardi erano quasi scomparsi ed erano del tutto indolenti.

Si è dunque richiamata l'attenzione su due casi di una malattia a cui credo giustamente adattato il nome che ad essa si è dato; senza dubbio ha rapporti intimi, clinicamente e patologicamente, con la malattia conosciuta col nome di « tubercolo doloroso sottocutaneo ». Differisce, pertanto, da questo tumore, come fu primieramente descritto da Wood (2), giacchè ha la sua sede primaria nella vera pelle e non nel tessuto connettivo sottocutaneo. Il tubercolo doloroso sottocutaneo, come indica il suo nome, sta sotto alla pelle e, spesso, appena si vede ad occhio nudo. È sempre mobilissimo sotto di essa, con cui non ha mai adesioni. Inoltre è quasi sempre un tumore solitario.

**MIOMA CUTANEO.** — Il dermatomioma che consiste di tumori cutanei composti di fibre muscolari lisce, conosciuto anche col nome di *LIOMYOMA CUTIS* (da *λεῖος*, liscio) è stato descritto da Virchow (3), Verneuil (4), Foster (5) e, più recentemente, da Besnier (6) di Parigi il quale ha pubblicato un eccellente articolo su questo argomento. La malattia si può presentare in forma di tumori unici o multipli, localizzati in una speciale regione, per esempio lo scroto o il capezzolo, come nei casi riferiti da Foster, Virchow e Challand (7); o, più raramente, come formazioni

(1) Veggasi Amer. Jour. of the med. sc. July 1874, circa una relazione dell'osservazione e le particolarità dei suoi risultati.

(2) Edinburgh Med. and Surg. Jour., 1812; and Trans. of the Med.-Chir. Soc. of Edinburgh, 1829.

(3) Ueber cavernöse Geschwülste und Telangiectasien. Archiv für Path., Anat. u. Phys., pp. 553, 554. Bd. vi., 1854.

(4) Bull. de la Soc. Anat., 2me Sér. XXXIII Année; Août, 1858, p. 373.

(5) Ueber die weichen Warzen und molluskenartigen Geschwülste der Haut. Wiener Med. Wochenschr., Nro. 9, 1858.

(6) Annales de Derm. et de Syph., 2me Sér., tome i., No. 1, 1880.

(7) Bull. de la Soc. Anat., 5e Sér., XLVI Année, Juillet, 1871.

disseminate multiple, che occupano le estremità, come nei casi riferiti da Verneuil e Besnier.

Il vero mioma cutaneo, o varietà semplice della malattia, può essere illustrato dal seguente caso riferito da Besnier. Trattavasi di una donna di 60 anni, sul cui tronco ed estremità vi erano lesioni disseminate, consistenti in macule rosa-pallide, rotondegianti o ovoidali, appena prominenti, della grandezza di un fagiuolo; e in tumori rossi o rosso scuri quanto un pallino, un pisello o un fagiuolo, resistenti, con superficie liscia. Non vi era prurito o dolore tranne se trattavasi di tumori più grossi che erano dolenti alla pressione. La malattia durò 3 mesi. L'esame microscopico dimostrò che i tumoretti consistevano quasi totalmente di fascetti di fibre muscolari lisce, di grossezza variabile, che costituivano una fitta rete.

Un'altra più comune varietà della malattia consiste in tumori per lo più solitarii ma, talvolta, multipli, sopra una regione circoscritta. Si osservano sulle mammelle, sullo scroto, sul pene, sulle grandi e piccole labbra, sessili, o peduncolati, di grandezza che varia da quella di una piccola noce a quella di un'arancia, ma, per lo più, sono quanto una mandorla o una noce. Sono contrattili, più o meno vascolari, crescono con lentezza e, in generale, sono indolenti. Vi sono eccezioni, però, a quest'ultimo fatto, come nel caso riferito da Virchow (1), in cui il dolore era intensissimo. Il mioma cutaneo consiste principalmente in una neo-formazione di fibre muscolari involontarie o lisce. La sua composizione, nondimeno, può variare molto. Talvolta predomina il tessuto connettivo e si ha il FIBROMIOMA; in altri casi i vasi sanguigni sono tanti da dare origine a tumori cavernosi erettili, indicati da Virchow col nome di MIOMA TELANGIECTODES. La malattia è benigna ed è rara. Si può confondere coi varii tumori cutanei benigni, massime col fibroma mollusco.

(1) Loc. cit.

## CLASSE VIII.

## NEVROSI.

Sotto il nome di nevrosi si classificano quelle alterazioni che sono caratterizzate da un disturbo della sensibilità normale della pelle senza cangiamenti di struttura. Sono di carattere rigorosamente funzionale e dipendono da uno stato di alterazione del sistema nervoso che si manifesta direttamente sulla superficie cutanea. I sintomi di nevrosi, perciò, sono puramente subbiettivi non esistendo nessun cangiamento di struttura o altro sintomo obbiettivo primario. Si possono produrre lesioni secondarie, come segni di grattamento o d'iperemia artificiale, e si devono ritenere come conseguenze di un disturbo primario. Le affezioni che fanno parte di questa classe si possono suddividere in due sezioni, cioè; nelle iperestesie e nelle anestesie.

## IPERESTESIA.

L'iperestesia cutanea consiste in uno stato anormale della pelle, caratterizzato da un aumento della sua sensibilità generale. Può essere idiopatica o sintomatica. Quest'ultima varietà è quella che s'incontra ordinariamente, essendo secondaria ed evidentemente dipendente da qualche malattia più grave. Il semplice aumento della sensibilità naturale o l'iperestesia semplice può essere generale o locale, diffusa o circoscritta. Può essere unilaterale e simmetrica; la temperatura, per lo più, resta normale. Le cause sono diverse, giacchè l'alterazione o dipende da qualche disturbo funzionale del sistema nervoso o da qualche malattia organica che ha rapporti coi centri o tronchi nervosi. L'isterismo ed affezioni simili sono cause ben note d'iperestesia e così pure le malattie del cervello, del midollo spinale e dei nervi. La sensibilità delle parti è esagerata, talchè l'infermo prova molestia per il contatto dell'aria, degli abiti o di altri oggetti. La pelle è spesso squisitamente sensibile a tutte le impressioni. Può essere permanente o temporanea secondo la causa che l'ha prodotto.

## DERMATALGIA.

*Sin.*, Dermalgia; *Ingl.*, Neuralgia of the Skin; *Reumatism of the Skin*; *Ted.* Nervenschmerz der Haut; *Franc.*, Dermalgie.

La dermatalgia è caratterizzata da un dolore esclusivamente cutaneo accompagnato, per lo più, da una sensibilità morbosa della parte, senza cangiamenti di struttura.

**Sintomi.** — La dermatalgia è stata specialmente studiata da Piörny (1) da Beau (2) e da Axenfeld (3). I sintomi sono totalmente subbiettivi. Non vi è nulla assolutamente di anormale

(1) Mémoire sur la Nature et le Traitement de plusieurs Névroses. Paris, 1835.

(2) Archives Générales de Médecine, tome xii. Paris, 1841.

(3) Des Névroses. Paris, 1864.



sulla pelle. Non presenta alcun segno di eruzione nè vi è alcuna alterazione della grossezza, del colore e della temperatura. La malattia può essere generale o locale; ordinariamente è circoscritto ad una piccola area. Possono essere attaccate tutte le parti del corpo ma sono preferite quelle che hanno peli. Generalmente si osserva nell'età adulta e più spesso nelle donne che negli uomini. Gl'infermi dicono che consiste in uno stato esirettamente sensibile della pelle accompagnato da una sensazione di positivo dolore che è speciale in quanto ha la sua sede negli strati più superficiali del tegumento. L'attacco è spesso repentino. La superficie cutanea diviene notevolmente sensibile a tutte le impressioni esterne, al tatto ed anche all'influenza dell'aria ed è dolente. Oltre a ciò la parte è la sede di un dolore spontaneo che può essere costante o intermittente. Può essere leggero o grave e, in parecchi casi da me veduti, gl'infermi lo paragonavano a sensazione di bruciore, di pizzicore o di perforamento. Si dice che talvolta rassomigli ad una serie di scosse elettriche. Altre volte gl'infermi dicono che loro sembra di aver denudata l'epidermide e le papille esposte al contatto dell'aria. Il contatto e il movimento fanno crescere sempre il dolore, giacchè bastano a provocarlo lo strofinio delle vesti o il semplice urto del dito. In certi casi un dolce tocco della parte produce un dolore più forte di quello della pressione. Una pressione forzata ed energica talvolta lo calma. Ordinariamente si aggrava la notte e può essere tanto acuto da impedire il sonno. Il corso della malattia è indefinito. Possono avvenire recidive.

Si osservano due forme di dermatalgia, l'idiopatica e la sintomatica. Nella prima i sintomi cutanei sono primarii e costituiscono tutto il male, mentre, nella seconda, avvengono primariamente malattie di altri organi, come, ad esempio, lesioni dei centri nervosi (per esempio l'atassia locomotrice) da cui chiaramente dipende la malattia cutanea. La forma idiopatica è molto rara; la sintomatica è più comune.

**Etiologia.** — Le cause che producono la forma idiopatica sono generalmente oscure. Beau in certi casi ha notato i suoi rapporti col reumatismo e ritiene che, il più delle volte, sia di natura reumatica. Nella maggior parte dei casi riferiti della malattia certamente vi è stato reumatismo recente o remoto; ma la dermatalgia si manifesta anche in coloro che evidentemente godono il migliore stato di salute, come io ho osservato parecchie volte. Non si limita a coloro che hanno temperamento nervoso. Talvolta è consecutiva ad un'impressione generale di freddo. La forma sintomatica può essere prodotta da un certo numero di malattie, massime organiche, del cervello e della midolla spinale. L'isterismo è anche una delle cause più comuni. Parimente la dermatalgia accompagna anche la clorosi (1).

**Patologia.** — Giusta il carattere del dolore nella dermatalgia idiopatica non vi può essere alcun dubbio che la malattia ha la sua sede negli strati superiori della vera pelle. È molto superficiale e, ordinariamente, non sembra che giunga fino ai tessuti sottocutanei.

(1) Veggasi *Mordret*, *Prager Viertelj.*, vol. lxxiii. p. 87; e *Briquet*, *Traité clinique et thérapeutique de l'Hystérie*, Paris, 1859.

Come osserva A x e n f e l d, oltre alla localizzazione del dolore che indica l'infermo, la sua esasperazione prodotta dal menomo contatto dimostra che sta primitivamente nella pelle e non vi è semplicemente riferito dai centri nervosi.

**Diagnosi.** — Si può confondere con l'iperestesia semplice, ma questa, per lo più, abbraccia una notevole superficie, e non è accompagnata da dolore. Si distinguerà dal prurito per l'area ordinariamente circoscritta della superficie attaccata e per la presenza di dolore invece che di prurito. Non si deve confondere coi dolori dei tronchi nervosi, con le nevralgie ordinarie, le quali stanno negli elementi più profondi, o coi dolori muscolari.

**Cura.** — Questa sarà relativa alla forma idiopatica o sintomatica, e più specialmente alla causa. Si deve sempre aver sospetto di reumatismo. Nei casi ostinati bisogna indagare se vi sono malattie dei centri nervosi. Nella forma idiopatica la malattia può sparire alla fine di poche settimane con o senza cura. Nondimeno possono essere necessarie le applicazioni locali per calmare i sintomi acuti. Si può tentare un vescicante sulla parte come ha raccomandato Beau. La corrente galvanica e le applicazioni che contengono la tintura di belladonna, di radice di aconito o di jodo sono anche utili. I bagni a vapore si possono usare quando l'alterazione è generale.

### PRURITO.

Il prurito è un'affezione cutanea funzionale che si manifesta esclusivamente colla sensazione di prurito senza alterazione di struttura della pelle.

**Sintomi.** — Si può affermare in primo luogo che le varie forme di prurito osservate nel corso di molte malattie cutanee in cui vi ha alterazione di struttura non hanno nulla da fare col prurito di cui ora ci occupiamo. Le suddette forme sono state ricordate e discusse a proposito delle malattie alle quali appartengono. Il prurito è un'alterazione a sè e distinta. Come si è detto l'unico sintomo primario è il prurito. Non vi sono sintomi obbiettivi primarii di qualsiasi genere; le lesioni secondarie possono esservi o mancare, poichè la loro presenza dipende dal grado d'irritazione e di grattamento a cui la pelle è stata assoggettata.

La sensazione vien descritta variamente, secondo la causa da cui dipende e la regione attaccata. Talvolta si dice che sia una semplice irritazione cutanea, come se qualche sostanza irritante fosse in contatto col corpo, per esempio la flanella nuova. In altri casi è un formicolio, come se minuti insetti percorressero la pelle. In altri casi è una sensazione di brulichio accompagnato da un desiderio di grattarsi. Perciò secondo lo stato subbiettivo dell'individuo, si può paragonare a sensazioni infinitamente varie. È di tutti i gradi, dalla più leggera molestia alla più cruciante malattia. Può manifestarsi in qualunque età, ma, più frequentemente, ha luogo nell'età media, e, soprattutto, nella vecchiezza, e allora chiamasi PRURITO SENILE.

Una nota caratteristica del prurito in tutti i casi è che produce un irresistibile desiderio di grattarsi. L'individuo si abbandona invariabilmente a quest'atto, ovvero a quello consimile dello strofi-

narsi, in un modo più o meno energico, e raramente le volontà più ferree vi si possono sottrarre. A causa di ciò la pelle si vede leggermente increspata, iperemica ed escoriata in un grado leggero o notevole, e si rendono visibili in forme di linee o ferite superficiali le tracce delle unghie. In altri casi, nonostante il grattamento, non si osservano che escoriazioni o segni, talchè, se non ce ne assicurasse l'infermo, potremmo dubitare dell'esistenza di qualsiasi disturbo. Il prurito può essere intermittente o costante. Nella maggior parte dei casi è intermittente e si manifesta a parossismi. Si aggrava sempre nella notte e può manifestarsi in tutte le età.

Il prurito può essere generale ed allora chiamasi PRURITO UNIVERSALE, o locale, e chiamasi PRURITO LOCALE. Raramente però attacca tutta la superficie cutanea contemporaneamente, quantunque possano esserne attaccate, l'una dopo l'altra, tutte le parti del corpo. Nella maggior parte dei casi sono preferite certe parti, ove resta fino a che non sparisce spontaneamente o colla cura. Sul capo può attaccare il cranio o la faccia; quando è sulla faccia vi sono specialmente soggetti il naso e la bocca. Il tronco è anche spesso sede di prurito, massime nelle persone di età avanzata. Le regioni attaccate comunemente, però, sono i genitali e l'ano.

Quando si manifesta sugli organi genitali femminili costituisce il PRURITUS VULVÆ degli scrittori, ed importa non confonderlo con altre malattie le quali tendono a produrre prurito e che possono osservarsi nelle suddette parti. Il prurito può aver sede nelle grandi e piccole labbra, nella vagina o nella clitoride ed è molto molesto. Può sorgere in qualunque periodo della vita ma più frequentemente nell'età media e nella vecchiaia. Nei fanciulli spesso è prodotto da vermi intestinali.

Nell'uomo lo scroto è la parte ordinariamente attaccata (PRURITUS SCROTI). Può attaccare questa regione soltanto o può estendersi lungo il perineo all'ano. L'orificio dell'uretra può essere anche sede di prurito. Le sensazioni, per lo più, sono molestissime e costringono l'infermo a stropicciarsi e grattarsi violentemente. Si aggravano nella notte e possono ritornare dopo di essere sparite. Il caldo fa aumentare il prurito.

L'ano ne è anche una sede frequente (PRURITUS ANI). Ha luogo in ambo i sessi, tanto nei fanciulli che negli adulti. Il prurito può essere attorno all'orificio o dentro il retto. Negli individui di media età o di età avanzata non di rado è associato alle emorroidi. È anche più intollerabile di qualunque altra varietà locale. Talvolta è costante, ma più spesso va e viene di quando in quando. Produce del pari una speciale molestia durante la notte.

**Etiologia.** — Le cause sono svariatissime, ed è necessario tenere ciò a mente quando si studia un caso. Può essere prodotto da cangiamenti fisiologici, come, ad esempio, da quelli che hanno luogo rispetto all'utero durante la gestazione, o da dismenorrea o da irregolarità della funzione mestruale nelle giovani donne. Talvolta si accompagna ad isterismo. Si manifesta anche nel periodo critico. La leucorrea, del pari, è una causa comune. In certi casi le malattie organiche dell'utero e degli ovarii sono anche accompagnate da prurito.

Inoltre si osserva nel corso di certe altre malattie; le malattie



renali ed i disordini epatici, soprattutto questi, non di rado lo producono. Si manifesta nell'albuminuria, nel morbo di Bright e nei diabeti. Si deve sempre esaminare l'urina. Nei casi ostinati bisogna sospettare la presenza dello zucchero. Il diabete mellito è una causa non infrequente; è comune il prurito che accompagna l'itterizia. Frerichs stima che ha luogo in circa un quinto dei casi, mentre Wickham Legg (1) asserisce di osservarlo 68 volte per 100 nei casi d'itterizia. Ordinariamente è generale e si aggrava la notte; talvolta precede la itterizia. In rari casi può manifestarsi settimane o anche parecchi mesi prima dell'itterizia, come in quelli riferiti da Graves (2), Fint (3) e Legg (4); in generale, secondo Legg, è più intenso al principio e cessa quando l'itterizia ha durato pochi giorni, spesso però è molto ostinato e può essere molesto. Si può manifestare anche in affezioni epatiche senza itterizia. La sua causa non è esattamente conosciuta. Secondo Murchison probabilmente è cagionato dalla circolazione del pigmento della bile. Varie malattie del sistema nervoso sono del pari origine di questa malattia.

Molto spesso è cagionato da alterazione gastro-intestinale, da costipazione e disturbi simili. Fra le cause sono anche le malattie genito-urinarie di ambo i sessi, le emorroidi e gli ascaridi. In questi ultimi casi il prurito si può localizzare immediatamente sulla sede della malattia. In ultimo l'ingestione di certe medicine può essere seguita da prurito; talvolta l'oppio agisce in questo modo.

Naturalmente si comprende che la malattia di cui parliamo non è cagionata da parassiti, vuoi animali che vegetali. Col prurito vi possono essere i pidocchi, ma questo è un semplice fatto accidentale. Essi non ne sono mai la causa.

**Patologia.** — Il prurito è un' affezione funzionale. Si deve ritenere che ordinariamente dipende da azione nervosa riflessa. Il disturbo nervoso, non accompagnato da cangiamenti di struttura, costituisce tutto il processo. I tessuti restano inalterati per tutto il tempo in cui dura il prurito. Le cause che danno origine a esso sono spesso simili a quelle che producono certe malattie organiche o cutanee, come, ad esempio, l'orticaria, ma l'effetto sulla pelle è del tutto diverso. E una malattia costituita esclusivamente dalla sensazione del prurito.

**Diagnosi.** — Nessuna difficoltà può sorgere a distinguere questa affezione. È una malattia cutanea senza alcun segno di alterazioni di struttura. Nulla si vede di anormale tranne le lesioni secondarie. La diagnosi dipende totalmente dai sintomi subiettivi rivelati dall'infermo. Il prurito comincia e continua come tale; ma talvolta, per il violento grattamento e per l'uso di applicazioni forti, si può provocare una dermatite più o meno forte. Così vi possono essere le tracce del grattarsi, i follicoli contorti, le croste di sangue, l'epidermide scabra, l'iperemia, i follicoli congesti somiglianti a papule ed altri sintomi di simil genere, ma sono tutte lesioni secondarie.

(1) On the Bile, Jaundice, and Bilious Diseases. New-York, 1880.

(2) Clin. Lect. on the Pract. of Med. Dublin, 1864, 2<sup>a</sup> ed., p. 637.

(3) Phila. Med. Times, 1878, vol. viii, p. 507.

(4) Loc. cit.

Questa complicazione, però, secondo la mia esperienza, non si osserva spesso.

Il prurigo, nome che, fino a poco tempo fa, era adoperato per parecchie malattie distinte, ora non rappresenta che un processo definito (1). È un'affezione papulosa con sintomi distinti ed un corso determinato. Tenendo a mente la sua natura papulosa non si può dunque mai confondere col prurito. Il prurito ed il prurigo son due cose totalmente diverse. Il solo sintomo che hanno di comune accompagna molte malattie cutanee ed è la sensazione di prurito.

Il prurito si può anche confondere con la pediculosi. I sintomi secondarii di questa malattia sono simili e l'errore può sorgere appunto a causa di essi. In amendue vi sono segni di prurito o di grattamento, ma quelli di quest'ultimo sono molto più rilevanti e di carattere più definito nella pediculosi, e la presenza dei pidocchi fa fare definitivamente la diagnosi. I segni del grattamento e le escoriazioni nel prurito di raro sono estesi; nella pediculosi sono imponenti e gravi e, inoltre, sono caratteristici, per distribuzione e forma. Una completa ispezione del corpo e, soprattutto, delle sottovesti, è necessaria nel fare l'esame di un infermo; si deve sospettare la presenza dei parassiti in ogni caso di così detto *prurito*.

**Cura.** — Questa varia secondo la causa. Prima di determinare un metodo curativo si deve studiare attentamente il caso, giacché la riuscita di una cura per lo più dipende totalmente dalla conoscenza della causa. Sono necessari i rimedii generali e locali.

I rimedii interni son quelli che sembrano indicati a combattere la causa di qualunque natura possa essere. Bisogna regolare gli intestini, e, se vi è costipazione abituale, mantenerli lubrici, preferendo i preparati salini. Se vi è flatulenza o dispepsia di qualsiasi genere si deve prescrivere la dieta in modo da evitare tutti i cibi irritanti ed indigesti. Si deve anche ingiungere di fare un po' di moto. In certi casi una rigorosa applicazione di queste norme è seguita dai più soddisfacenti risultati. La mestruazione irregolare dev'essere migliorata badando allo stato generale, con l'uso giudizioso del ferro o di altri rimedii, coll'olio di fegato di merluzzo, cogli aperienti e gli svaghi fuori casa. La chinina, la stricnina e la belladonna talvolta sono utili. Quando il prurito accompagna malattie del rene o del fegato bisogna che la cura abbia di mira questi organi, giacché, fino a quando non sarà migliorata la malattia primaria, non migliorerà molto il prurito. Murchison (2) parla molto bene del bicarbonato di potassa, quando il prurito dipende dall'itterizia. Queste osservazioni si applicano anche alle malattie del sistema nervoso o delle vie genito-urinarie. In questi casi il prurito è semplicemente sintomatico. Quando l'alterazione interna è di natura organica non è probabile che il disturbo cutaneo si mitighi fino a che la causa non è stata almeno modificata.

La cura esterna, nella maggior parte dei casi, non può produrre

(1) Per molto tempo vi è stata una grande confusione fra il prurito, il prurigo e la pediculosi; ma come si può rilevare dalla descrizione di queste malattie, sono alterazioni molto diverse, tanto per sintomi quanto per cause. Se si considerano bene non si possono confondere.

(2) Loc. cit.

la guarigione, ma arreca gran sollievo e si deve sempre fare. L'acqua, in forma di docce fredde o calde, o alternativamente fredde e calde, fino al calore che può sopportare la pelle, i bagni generali di vapore e i bagni medicati spesso saranno utili a mitigare i sintomi. Il bagno alcalino composto di 93 grammi a 186 grammi di bicarbonato di soda, o di 62 grammi a 124 grammi di bicarbonato di potassa o di borace per 135 litri d'acqua, talvolta dà buoni risultati. È anche utile il solfuro di potassio, da 31 grammi a 124 grammi per bagno, e i bagni di vapori solforosi. Spesso si hanno buoni effetti usando dopo il bagno uno degli olii blandi, come l'olio di mandorle dolci e d'ulive o uno degli unguenti semplici come quelli composti a parti uguali di unguento di petrolio e di lardo e glicerina.

Le lavande sono da raccomandare come singolarmente utili nella cura delle varietà locali della malattia. Il più efficace fra i rimedii antipruritici, secondo la mia esperienza, è l'acido fenico adoperato alla dose di 5 a 20 gocce per ogni 31 grammi, a cui si possono aggiungere 1<sup>gr</sup>,90 e più di glicerina. Si può anche usare con la potassa come nella seguente prescrizione.

Pr. Acido fenico	grammi	3,80
Potassa	»	1,90
Acqua	»	224
M.		

Secondo la mia esperienza è anche utile il timol. L'alcool è anche un eccellente rimedio, massime come veicolo per altre sostanze. Il cloruro corrosivo di mercurio in forma di lavanda, 3 centigrammi a 12 o 18 centigrammi, per 31 gr. di acqua o di alcool allungato si può anche usare. Sono utili parimenti l'acqua fagedonica nera e l'acqua di calce. F o l s o m dice di aver ottenuto buoni risultati dall'essenza di menta piperita, quando altri noti rimedii erano già falliti, e T a y l o r anche parla del suo uso con una parte uguale di glicerina per pennellazione.

La morfina da 6 a 10 centigrammi per 31 grammi, l'acetato di piombo, da 90 a 126 centigrammi per 31 grammi, il cianuro di potassio da 90 a 180 centigr. per 31 grammi, l'acido idrocianico da 3<sup>gr</sup>,80 a 15<sup>gr</sup>,20 per mezzo litro; il cloroformio, il cloroformio ed alcool 3<sup>gr</sup>,80 per mezzo litro, l'acqua saturnina, l'acqua allungata di ammoniaca, l'acido nitrico allungato e l'acido acetico, tutti sono utili.

La canfora, il cloralio ed il borace sono del pari tre utili sostanze, adoperati coll'acqua e coll'alcool o in varie altre combinazioni. Ecco una formola :

Pr. Borace	grammi	7,60
Glicerina	»	28
Canfora	»	14
Acqua di rose	»	182
M.		

Una lavanda di cloralio che contenga 60 a 180 centigrammi per 31 grammi, spesso si può usare con buoni risultati. Una buona combinazione è quella del borace colla morfina, secondo la seguente



formola, utile nel prurito della vulva. Bisogna prima lavar le parti con acqua e sapone ed asciugarle dolcemente.

Pr. Borace	grammi	15,20
Solfato di morfina	»	0,48
Glicerina	»	14
Acqua	»	210

M.

Sono utili il tabacco in forma d'infuso o di decotto e gl'infusi o decotti di elleboro, di belladonna e di aconito. Il Dr. R. W. Taylor (1), di New-York, raccomanda la seguente formola :

Pr. Foglie di belladonna		
Foglie di giusquiamo	ana grammi	7,60
Foglie di aconito	»	1,90
Acido acetico	»	31

M.

Si deve allungare con acqua nella proporzione di 3<sup>sr</sup>,80 per 31 grammi. Si può usare con la glicerina a parti uguali per pennellazioni; o come unguento 3<sup>sr</sup>,80 o più per 31 grammi. L'estratto liquido di conio, applicato per mezzo di una spazzola, è anche raccomandato dal Dr. Satterlee.

Il catrame combinato con un alcali come nel « liquor picis alkalinus » talvolta è stato sperimentato utile; se ne possono usare quattro, otto e più grammi per mezzo litro (Veggasi formola a pagina 126). È anche utile una soluzione alcolica di catrame di carbone in forma di « liquor carbonis detergens » (Veggasi pag. 123).

In alcuni casi gli unguenti riescono meglio delle lavande, massime nelle forme circoscritte della malattia. Si preparano, secondo varie formole, principalmente delle sostanze sopraricordate. L'acido carbolico, da 10 a 15 gocce per ogni 31 grammi di vaselina; il calomelano 1<sup>er</sup>,90 o 3<sup>sr</sup>,80 per 31 grammi; il cianuro di potassio, 30 o 60 centigrammi per 31 grammi; il cloroformio, 1<sup>er</sup>,90 e più per 31 grammi, tutti sono specialmente utili contro il prurito dei genitali e dell'ano. Ecco una formola utile contro il prurito della vulva.

Pr. Unguento cetaceo	grammi	31
Cloruro debole di mercurio	»	1,90
Estratto di belladonna	»	3,80

M.

Un preparato introdotto nella pratica del Dr. Bulkley di New York, composto di canfora e cloralio secondo la seguente formola è efficace :

Pr. Canfora		
Cloralio idrato	ana grammi	3,80
Unguento di acqua di rose	»	31

M.

(1) On the various forms of Pruritus Cutaneus and their Treatment. Archives of Clin. Surg., Aug. 1877.

La canfora ed il cloralio si debbono mescolare insieme finchè si ha una massa liquida, e poscia si aggiunge l'unguento. La canfora ed il cloralio si possono anche adoperare unendoli alla vaselina o alla cosmolina, ovvero come lavanda insieme a glicerina ed acqua.

Contro il prurito degli organi genitali femminili è bene adoperare preparati liquidi in forma di iniezioni vaginali o applicati per mezzo di uno zaffo o di un panno. Talvolta riesce l'acqua calda. Atthil e Goo dell ritengono il decotto del tabacco, nella proporzione di 7<sup>re</sup> 60 di foglie per mezzo litro, come uno dei più eccellenti rimedii in questi casi. Bazin raccomanda la seguente formola :

Pr. Liquore di calce			
Glicerina	ana	grammi	28
Olio di mandorle dolci		»	56
Olio di rosmarino		gocce	5
M.			

Gill raccomanda il nitrato di allumina alla dose di 30 a 60 centigrammi per 31 grammi di acqua. L'acido solforoso o una soluzione di clorato di potassa sono anche utili. Talvolta riesce l'allume alla dose di 90 a 120 centigrammi per mezzo litro di decotto d'orzo. Si può anche usare un preparato composto di solfito di soda, 3<sup>re</sup>, 80, acqua 15<sup>re</sup>, 80, glicerina 31 grammi, da pennellarsi sulle parti.

La cura del prurito dell'ano richiede osservazioni speciali. Generalmente gli unguenti sono i più efficaci. Butley raccomanda parti uguali di unguento mercuriale e belladonna spalmate sopra un piumacciolo di filacce. Quando vi sono ragadi spesso saranno benefiche le pennellazioni con una soluzione di nitrato d'argento. L'applicazione di acqua molto calda, fino al grado che si può sopportare, fatta per mezzo di compresse di morbida tela, talvolta procurerà un miglioramento, e si può usare prima che si adoperino altri rimedii. Queste osservazioni si applicano del pari al prurito della vulva. Contro il prurito dello scroto Bulkley asserisce che ottiene buoni effetti dal seguente preparato.

Pr. Sottonitrato di bismuto	grammi	7,60
Acido idrocianico	»	6,40
Mist. di mandorle	»	112

Il Dr. Legg crede di aver ottenuto gran beneficio contro il prurito dipendente dall'itterizia dall'uso di unguenti mercuriali, massime di calomelano e di precipitato bianco, più che da ogni altro rimedio. Il Dr. Murchison in questi casi usava le lavande di cloroformio, 3<sup>re</sup>, 80 per 19 grammi di glicerina, e il cianuro di potassio (3<sup>re</sup>, 80 per mezzo litro), e le bagnature o lavande di acido acetico, nella proporzione di mezzo litro di acido per 14 litri circa di acqua.

**Prognosi.** — Dev'esser riservata. L'alterazione in generale è ostinata e spesso in un grado estremo. La prognosi dev'essere esclusivamente relativa alla natura della causa e all'abilità di allontanarla. Bisogna incoraggiare l'infermo a perseverare nella cura. Nei casi gravi vi possono essere sintomi di melanconia e di depressione.

La malattia è molestissima ed è necessario che il medico adoperi qualunque sforzo per allontanarla.

**PRURITUS HIEMALIS.**— Con questo nome ho descritto per il primo uno speciale disordine cutaneo (1) caratterizzato da uno stato irritabile ed alquanto ruvido della pelle, accompagnato da prurito, da cocciore, da formicolio e da bruciore, senza primarii cangiamenti evidenti di struttura, dipendente da influenze atmosferiche e che si mostra soprattutto nella stagione fredda. Esso erompe nell'autunno per lo più nell'ottobre, e si aggrava a misura che cresce il freddo, continuando, per lo più, fino alla primavera. Può sorgere a gradi a gradi o repentinamente.

Il grado d'irritazione varia; può essere leggero o tanto forte da produrre grave molestia. Ha questo di speciale che aumenta verso la notte; ordinariamente quando l'infermo sta per andare a letto e giunge al colmo per lo più, poco dopo che si è coricato. Allora prova un irresistibile desiderio di grattarsi e l'infermo si abbandona a quest'atto fino a che si procura una certa calma e si addormenta. Nello svegliarsi la mattina si può di nuovo manifestare il prurito; ma in generale è insignificante, e, spesso, non vi si bada più fino alla sera seguente, in cui tornano a comparire i sintomi. Talvolta, nei casi miti, non si prova prurito di sorta durante il giorno. In questo modo continua con leggere intermissioni. Se sopraggiunge un periodo di temperatura dolce o calda i sintomi si calmano ovvero scompaiono. Alla fine di un periodo indefinito, per lo più di mesi si dileguano gradatamente. L'infermo, allora, resta libero fino all'altro autunno in cui, secondo ogni probabilità il disturbo ritorna e segue un corso identico. Così può ripetersi di anno in anno, ovvero, dopo il primo attacco, non ritorna più.

Non vi è nessuna eruzione primaria che accompagni questo disordine, sia a principio, sia durante il suo corso. Se si esamina la pelle a principio non si scovre nessun indizio della malattia. Essa sembra sana, se nonchè talvolta è secca, ma le secrezioni glandulari non sembrano molto scarse. L'epidermide è normale e non vi è desquamazione. Le parti non sono nè iperemiche nè calde; i follicoli piliferi non sono nè infiammati nè ostruiti, non vi è accumulazione di sorta sulle loro aperture, nè sono prominenti. In breve, i soli sintomi subiettivi che l'infermo rivela fanno nascere l'idea di un disturbo.

Se, però, si guarda la pelle, dopo che vi è stata l'alterazione per qualche tempo, presenterà uno stato diverso dal sopradetto. Vi sono, allora, rilevanti sintomi secondarii; la pelle può essere scabra o leggermente screpolata, lesa o rossastra, molti follicoli sono più o meno infiammati e danno origine a piccole papule. I peli possono essere strappati dai loro follicoli. Qua e là, generalmente sopra una notevole superficie, la pelle sembra irritata ed infiammata a causa del grattamento. I segni lasciati dalle unghie ordinariamente si vedono dappertutto in forma di linee, di escoriazioni variamente conformate e di croste sanguigne. Nei casi gravi vi può essere una

(1) *Phil. Med. Times*, Jan. 10, 1874.



dermatite generale delle cosce e delle gambe, in cui sono notevolmente coinvolti i follicoli. I sintomi subbiettivi sono rilevanti.

Tutte le parti del corpo possono essere attaccate, comechè si trovi molto più frequentemente sopra certe regioni. È circoscritto sovra tutto alle estremità inferiori, giacchè la sua sede ordinaria sono le superficie interne delle cosce, le ginocchia negli spazii poplitei, i polpacci delle gambe e i contorni delle caviglie del piede. Le parti degli arti che sono sprovviste di peli ne son sede a preferenza delle parti pelose. Non è una malattia circoscritta. I sintomi possono essere notevolissimi qua e là, secondo il caso, o possono cangiare da un sito ad un altro.

La durata è variabile. In taluni casi non dura che pochi giorni o settimane, mentre, in altri, fino al sopravvenire della stagione calda. Spesso la sua frequenza diminuisce dopo le prime poche settimane. Un cangiamento di tempo, dal freddo al caldo, farà anche calmare molto i sintomi. È un'alterazione comune nei climi freddi e nei temperati, e si manifesta in individui di tutte le età, giacchè nessun periodo speciale della vita vi va soggetto più di un altro. Si presenta in ambo i sessi.

Quanto alla etiologia è noto che è in intimi rapporti colle influenze atmosferiche. È un disordine del tempo fresco che sparisce non appena ritorna la stagione più calda. Io, però ho osservato pochi casi in cui continuò col caldo. È comunissimo nei climi nordici, mentre decrescono la sua frequenza ed il suo grado, a misura che si va verso il Sud. Lo stato generale di salute non è alterato. Ha luogo frequentemente in individui che stanno benissimo e di cui le varie funzioni organiche sono in perfetta regola. Possono esservi disturbi del canale digerente o di altre funzioni, ma essi non si devono ritenere quali cause della malattia. S'incontra tanto fra quelli che vivono nel lusso quanto fra quelli che lottano colla miseria. La negligenza della propria nettezza non è causa nè vi spiega influenza, giacchè questa specie di prurito non ne è più frequente in coloro che sono noncuranti della pulizia che in quelli i quali curano la propria persona. Ha la stessa frequenza in quelli che fanno bagni e in quelli che non ne usano. Neppure è provocato dell'azione delle sottovesti, come dalle flanelle, dagli abiti di lana o di altro tessuto grossolano, ma essi aggravano il prurito, se si usano mentre questo è in atto. L'irritazione esterna, dunque, non è una causa primaria. Nel suo periodo secondario, dopo un prolungato grattamento, si può confondere il prurito invernale con altre malattie, per esempio colla cheratosi pilare, col prurigo e colla pediculosi.

Mentre certi rimedii esterni calmano i sintomi per un certo tempo non vi si può contare per ottenere la guarigione. In complesso la cura non è soddisfacente. Il massimo sollievo si ottiene dall'uso della glicerina, della vaselina o cosmolina, dei varii unguenti ammollienti, dell'acido carbolico e dei preparati di catrame, in forma di lavande o di unguenti. I bagni alcalini, fatti con 62 a 186 grammi di bicarbonato di soda per bagno, talvolta procurano la calma; le parti, dopo, si asciugheranno con dolcezza e con morbide tovaglie. Le sottovesti non debbono essere di tessuto irritante. Le varie altre prescrizioni, lavande ed unguenti di cui si è discorso a proposito della cura delle altre forme di prurito, si possono adoperare anche

in questa. La cura interna non ha nessun valore, tranne quando vi è evidente disturbo di organi interni.

### ANESTESIA.

L'anestesia cutanea è caratterizzata o da diminuita sensibilità o da assoluta mancanza di questa. Il suo grado varia molto; può essere generale o locale; diffusa o circoscritta. Nella maggior parte dei casi è limitata a certe regioni. Può essere unilaterale o simmetrica. Mancano, anzichè esservi, i sintomi; la cute anestetica è intorpidita, o può essere completamente priva di sensazioni. Può esservi o mancare l'abbassamento della temperatura, la sospensione della nutrizione ed altri segni di disturbo nervoso; i sintomi di questo genere vi saranno o mancheranno secondo la causa. Come modificazione dell'anestesia vi può essere lo stato conosciuto col nome di « analgesia » o di « anodènia, » in cui vi è la perdita della sensazione del dolore. Può essere parziale o completa; quando è completa vi è assoluta insensibilità per il dolore, tanto che si può conficcare uno spillo attraverso i tessuti senza che l'individuo senta nulla. Può presentarsi sola senza anestesia, essendo conservata la sensibilità tattile o essere accompagnata dall'anestesia, nel qual caso vi è perdita di sensibilità tanto per il tatto quanto per il dolore. Si osserva nella sifilide e in altre malattie.

Le anestesi cutanee possono essere idiopatiche o sintomatiche. Le loro cause sono numerose e di diversa natura; si possono dividere in quelle che hanno un'origine centrale e in quelle che l'hanno dallo esterno. Fra queste ultime sono tutti gli agenti capaci di produrre anestesia locale, come il freddo, le miscele refrigeranti, l'acido carbolico, il cloroformio, l'etere, i caustici, l'aconito ed altre sostanze che hanno proprietà simili. L'anestesia può anche essere effetto di traumatismo, di ferite o di offese ai nervi, giacchè, non di raro, segue ad essi una perdita più o meno completa della sensibilità.

Certe malattie in cui i nervi sono coinvolti nel processo morboso sono anche accompagnate da anestesia, come la leprosi e la sifilide. I tumori di qualsiasi specie che comprimono tronchi nervosi possono anche dare origine ad anestesia. Le malattie del sistema nervoso, funzionali ed organiche, come, ad esempio, l'isterismo e le malattie cerebrali e spinali sono del pari causa non infrequente di anestesia. In ultimo la perdita della sensibilità può dipendere dagli effetti tossici di certe sostanze sull'organismo, fra cui possiamo ricordare il cloroformio, l'etere, l'oppio ed il piombo.

In certi casi di anestesia a cui da R o m b e r g è stato dato il nome di « anestesia dolorosa » l'infermo soffre forte dolore, comechè possa esservi completa perdita di tutte le forme della sensibilità. Il dolore può essere bruciante, lancinante o perforante. La malattia si osserva specialmente sulla regione del trigemino e, probabilmente, è sempre sintomatica di malattia organica dei centri nervosi.

## CLASSE IX.

## PARASITÆ. — PARASSITI.

Questa classe ha una base etiologica. Le malattie che vi appartengono costituiscono un gruppo naturale, intelligibile e soddisfacente. I cosiddetti parassiti cutanei appartengono ai regni vegetale ed animale e sono rispettivamente chiamati parassiti vegetali ed animali. Essi traggono il loro alimento dai tessuti cutanei ed hanno la loro abitazione o entro il tegumento, come nel caso dei funghi e della scabbia, o alla sua superficie, rigorosamente parlando, come nella pediculosi. Le malattie che dipendono dalla presenza di un organismo vegetale, o fungo, s'indicano col nome generico di « tigne »; esse comprendono la tigna favosa, la tigna circinata, la tigna tonsurante, la tigna sicosi e la tigna versicolore. Le due importanti affezioni cutanee da parassiti animali sono la scabbia e la pediculosi.

Le malattie parassitarie della pelle occupano un posto importante nella dermatologia. Si osservano ovunque; sono però più frequenti in certe contrade che in altre. Sono più comuni nelle città popolate, molto affollate, che nella campagna. Sono malattie locali e perciò si possono vincere con la cura esterna. Sono tutte contagiose, quantunque non allo stesso grado; alcune sono contagiosissime, mentre altre hanno questa proprietà soltanto in certe circostanze. Questo gruppo di affezioni tende al corso cronico e può continuare per un periodo indefinito. Sono tutte curabili e si combattono con una classe di rimedii detti parassitici.

## TIGNA FAVOSA.

*Sin.*, Favus; Porrigio Favosa; *Ingl.*, Crusted Ringworm; Honey-comb Ringworm; *Ted.*, Erbgrind; *Fr.*, Teigne Faveuse.

La tigna favosa è una malattia contagiosa da parassita vegetale, prodotta dall'achorion Schonleinii, caratterizzata da croste discrete o confluenti, quanto mezzo pisello, circolari, a forma di coppa, giallo-pallide, friabili, per lo più attraversate da peli, accompagnate da prurito.

**Sintomi** — La malattia può attaccare i peli ed i follicoli (tigna favosa pilare), l'epidermide (tigna favosa epidermica), o le unghie (tigna favosa ungueale); talvolta sono attaccati contemporaneamente tutti questi elementi. La sua sede ordinaria è il cranio. Altre parti del tegumento, però, pelose e non pelose, sono passionate non rare volte; per esempio le spalle, le braccia, il pene, lo scroto e le cosce.

Si manifesta a principio con un'inflammazione circoscritta superficiale e con leggiera desquamazione, seguita dall'apparizione di una o parecchie croste quanto una testa di spillo, giallo pallide, situate sui follicoli piliferi. In quindici giorni aumentano molto di volume e si riconoscono perciò ad occhio nudo, avendo la forma perfetta « di favi » e le seguenti note caratteristiche. Consistono in una crosta secca speciale. Sono circoscritte, circolari ed elevate



da mezza a parecchie linee sul livello cutaneo. Nel loro primo periodo sono legate alla pelle da uno strato di epidermide che circonda e scavalca la loro periferia. Più tardi, quando la crosta si fa più grande, si rompono questi legami ed i margini della crosta restano liberi e più alti del livello dell'epidermide. Hanno la forma di coppe, con una umbilicazione rilevante da cui ordinariamente protrudono uno o più peli. Quanto a struttura sono costituite da una serie di strati concentrici compatti. Sono resistenti e nella maggior parte dei casi conservano la loro forma fino a che non è distrutta con la violenza. Quando si prendono fra le dita sono più o meno friabili e spesso sotto la pressione si sminuzzano, come calcina secca. A causa delle loro lamine concentriche la loro superficie è ineguale; non di raro dietro l'azione di cause esterne si maltrattano e si rompono ed allora presentano una superficie scabra.

Il loro colore è giallo-pallido o giallo di zolfo. Se vi sono da qualche tempo la tinta chiara esterna è offuscata dal deposito di sostanza estranea, come la polvere e dalle applicazioni che si son fatte ed hanno perciò un colore giallo-brunastro o verdastro, simile a quello osservato nell'eczema pustuloso. Stanno superficialmente sulla pelle e per lo più si strappano senza difficoltà dalla loro base. La pelle sottostante è depressa, levigata e lucida o atrofica; spesso è coperta da un delicato strato epidermico, è iperemica o infiammata o in uno stato di suppurazione. Nei casi antichi, in cui la pelle è molto irritata, non di raro si formano pustole e manifestasi la suppurazione sotto ed intorno ai margini delle croste.

Il grado della malattia ed il numero delle croste variano; ordinariamente si osservano lesioni discrete ed isole composte di due o più lesioni che hanno confluito formando masse irregolarmente conformate che hanno un aspetto alquanto simile a quello di un favo di miele. La grandezza dei favi varia secondo la loro data; come ordinariamente si osservano hanno la grandezza di mezzo pisello.

Qualunque parte del corpo può essere sede della tigna favosa; il cranio, però, come già si è detto, ne è la sede ordinaria (1). Ivi la malattia talvolta è complicata da pidocchi, mentre non sono rari il gonfiore delle glandole del collo e i piccoli ascessi sul capo. La superficie generale del corpo può essere anche attaccata sia contemporaneamente al capo, sia sola. Le unghie sono talvolta sede di tigna favosa. La malattia si fa strada anche nella sostanza dell'unghia, ne produce l'ingrossamento e la fa diventare gialla, opaca e fragile. Generalmente si manifesta insieme alla tigna favosa del capo e si produce perchè l'infermo, grattandosi questa parte del corpo, introduce il parassita sotto l'unghia.

La tigna favosa ha un odore speciale dal quale sintomo (quando la malattia è abbastanza sviluppata), spesso se ne può scovrire la presenza; quest'odore rassomiglia a quello che tramandano i topi o la paglia stantia. Ordinariamente è del tutto percettibile; in altri casi è debole. Vi si accompagna un prurito più o meno forte; generalmente è uno dei primi sintomi notati e può essere molesto.

(1) Veggasi il mio *Atlas of Skin Diseases*. Tavola O; e *Fox's Photographic Illustrations of Skin Diseases*, Part IV.

I capelli, nella tigna favosa del capo, com'è naturale, subiscono un notevole cangiamento; perdono il loro lucido, si fanno opachi, secchi, fragili e, talvolta, si spaccano in direzione longitudinale. In altri casi sono attaccati in un modo meno diffuso. Dopo che la malattia ha esistito per qualche tempo si fanno rari e cadono lasciando macchie di calvizie, con una più o meno avanzata atrofia dei follicoli e delle glandole sebacee. La calvizie talvolta è permanente. Il corso della malattia è cronico; se non si cura opportunamente può durare per anni e per tutta la vita. Anche combattuta con rimedii energici per lo più è una malattia ostinata, poichè richiede il prolungato uso di parassitocidi e la depilazione. Possono avvenire ricadute.

**Etiologia.** — La causa della tigna favosa sta nella presenza e sviluppo di un organismo vegetale, conosciuto col nome di *achorion Schönleini*. Esso fu scoperto da Schönlein di Berlino nel 1839, e ricevette il nome che ha da Remak. La malattia è eminentemente contagiosa. Non di raro attacca parecchi membri di una stessa famiglia. Io ricordo un caso (a Londra) in cui 13 persone di una famiglia, fratelli e sorelle, furono nel corso di un anno attaccate dalla tigna favosa. In un altro caso ebbero contemporaneamente la malattia una madre e due figli che costituivano tutta la famiglia. Casi simili non sono rari. La tigna favosa, però, non attacca tutti gl'individui colla stessa rapidità; alcuni, a causa di speciali condizioni della pelle, dello stato generale di salute e di altre condizioni ne subiscono l'influenza più di altri. È più frequente nei fanciulli che negli adulti. Ordinariamente attacca i fanciulli in primo luogo, o *de novo*, o per contagio diretto, e da essi è comunicata agli adulti.

È una malattia dei poveri; giacchè è quasi esclusivamente limitata alle classi infime. Soltanto di raro si nota sopra individui che curano la nettezza e che sono ben nutriti. White (1), di Boston, sopra 5000 casi successivi di malattie cutanee da lui osservati nell'Ambulatorio, non ne vide che 17 di tigna favosa, e, in più della metà erano passionati due o tre membri della stessa famiglia. A Filadelfia è anche più rara; nelle statistiche dell'American Dermatological Association non ne sono registrati che 32 casi sopra 16863 di malattie cutanee. Nella Scozia la malattia non è rara. Anderson di Glasgow (2) riferisce 156 casi sopra 10000 successivi di malattie cutanee, osservate nell'Ambulatorio. Non è una malattia rara in certi animali, massime nei topi, nei conigli e nei gatti, da cui spesso è comunicata all'uomo.

**Patologia.** — La malattia può avere la sua sede o nei follicoli piliferi e nei peli o sulla superficie cutanea; il follicolo ed i peli sono gli elementi attaccati la maggior parte delle volte. È una malattia locale e dipende soltanto dalla presenza e sviluppo del parassita; al taglio si vede ad occhio nudo che consiste in una massa porosa ed ha un colore giallo pallido o biancastro. Sotto il microscopio si vede composta di micelii e di spore in gran quantità ed in tutti i periodi di sviluppo (Vedi fig. V). Il micelio è composto di tubi stretti

(1) Boston Medical and Surgical Journal, May 18, 1876.

(2) Lancet, Nov, 11, 1871.

apparentemente schiacciati, e di filamenti che si ramificano in tutte le direzioni senza un ordine definito. Il loro diametro in media è  $\frac{1}{900}'''$  (0,0023 m. m.) ad  $\frac{1}{700}'''$  (0,0030 m. m.) (1). La lunghezza varia molto. Sono stretti, curvi o uncinati e tendono a ramificarsi in forma biforcuta. Hanno un colore d'acqua, grigiastro pallido o verdastro pallido. Il carattere del micelio differisce molto secondo il periodo di sviluppo in cui si trova. I filamenti possono essere vuoti e di struttura semplice o possono essere in uno stato di proliferazione e contenere spore, nel qual caso sono conosciuti col nome di « ricettacoli », di « sporofori » o di « sporo-tubi ». Questi differiscono dal semplice micelio perchè sono qua e là irregolarmente congiunti



Fig. 5. — *ACHORION SCHÖNLEINII* (500 diametri). Micelio semplice, ricettacoli, micelio rotto e spore libere.

e, in molti casi, divisi in numerosi piccoli spazii, delicatamente delineati, che contengono granuli e giovani spore. Il contenuto varia secondo il periodo di sviluppo. Spesso sono divisi e rotti in tal modo da presentare l'aspetto degli anelli di una catena; col tempo si distaccano o interi o suddivisi in parti di varia grandezza, e si trovano frammisti alle spore. Il micelio ordinariamente è abbondante.

Le spore o sporule, chiamate conidii, sono piccoli corpi irregolarmente conformati, di varia grandezza; il loro diametro in media è  $\frac{1}{900}'''$  (0,0023 mm.) ad  $\frac{1}{400}'''$  (0,0052 mm.). Esse sono rotonde o rotondeggianti, ovoidali; spesso sono allungate, ristrette nel mezzo o in forma di ampolle. Hanno un colore grigiastro o verdastro palli-

(1) Le misure dell'*Achorion Schönleinii*, del *Thichophyton* e del *Microsporon Furfur* furono fatte dal Dott. F. G. Richardson e da me.



do, madreperlaceo, che rifrange notevolmente la luce. Non hanno tendenza ad aggrupparsi, quantunque spesso si trovino in forma di aggregati. Sono numerosissime e trovansi dappertutto, tanto fra i micelii quanto in altre parti. Qua e là sono tanto numerose da formare masse compatte. Vi sono sempre forme di achorion intermedie fra il micelio e le spore e che mostrano il modo del loro sviluppo. Vi è anche sostanza granulare.

Il parassita si può scoprire sotto il microscopio senza difficoltà in tutti i periodi della malattia. È il più abbondante è il più lussureggiante fra i parassiti vegetali. Quando la malattia attacca le parti pelose i peli sono, in tutti i casi, più o meno diffusamente alterati, specialmente il bulbo e la radice sono i più devastati dal parassita. Esso penetra nei follicoli e nella radice e vi si sviluppa copiosamente; o si diffonde lungo lo stelo, nel qual caso viene disintegrato più o meno il pelo. Quest'ultima cosa, però di rado ha luogo allo stesso grado che ha nella tigna tonsurante.

La malattia quando attacca le unghie si può subito scoprire in una sezione o pezzetto di essa e presenta le stesse note che ha nella epidermide o nei peli, quantunque lo sviluppo del parassita raramente sia così lussureggiante come in questo ultimo elemento, e, perciò, non mostra la stessa tendenza alla formazione di spore. Ordinariamente predomina il micelio nei suoi varii periodi di sviluppo. L'achorion Shönleinii è una varietà distinta di fungo, e può dare origine soltanto ad una forma distinta di malattia, cioè la tigna favosa.

**Diagnosi.** — Nella maggior parte dei casi la diagnosi non è difficile. Le croste piccole, circolari, pallide o color giallo di zolfo, friabili, incavate in forma di coppa o di tazza, e situate sopra una base leggermente infiammatoria, non si possono confondere con quelle di qualsiasi altra malattia. Talvolta, però, sono rotte, la loro forma speciale è distrutta e la loro superficie coverta di lordura e di altre sostanze estranee che danno ad esse un aspetto non dissimile da quello dell'eczema pustoloso. La mancanza delle pustole caratteristiche di eczema servirà a distinguere le due malattie. Talvolta, però, le basi delle croste di tigna favosa suppurano per estrema irritazione del cranio, e le pustole possono presentarsi qua e là intorno ai favi. L'odore speciale non manca quasi mai quando la malattia è molto sviluppata, ed ordinariamente costituisce un mezzo per far presto la diagnosi. Spesso si può trovare la storia del contagio. In rari casi vi può essere contemporaneamente la tigna circinata o la tonsurante. Il microscopio si deve sempre adoperare nei casi dubbii. Per fare l'osservazione non s'incontra nessuna difficoltà. Si mette un piccolo frammento di crosta sopra un vetro con una goccia di liquore di potassa e si copre con una lastrina. Immediatamente si può esaminare, adoperando il microscopio che ingrandisce da 250 a 500 diametri, per vedere le note sopradescritte.

**Cura.** — Nella cura bisogna badare alla sede della malattia, alla sua diffusione ed alla lunghezza del tempo da cui esiste. Quando sta sul capo, suo sito prediletto, costituisce una malattia ribelle ed è necessaria una medicatura accurata. I due rimedii sono i parassitici e la depilazione. Qualunque parassitico si adoperi deve essere usato energicamente ed in tal modo da assicurare la completa

distruzione del fungo nel follicolo e sulla superficie cutanea. Prima si tagliano i capelli quanto più corti è possibile. Dopo si allontanano le croste per mezzo di cataplasmi o di applicazioni di olio di mandorle o di olive e col sapone e l'acqua calda, come quando trattasi di eczema pustoloso del capo. Dopo che sono state tolte le croste nei casi gravi il capo mostrerà notevoli depressioni, qua e là aree di atrofia e calvizie più o meno avanzata o isole di ulcerazione superficiale con suppurazione. Questa ulcerazione può avere una grande rassomiglianza colla medesima lesione sifilitica.

Fatte le precedenti operazioni si deve passare alla depilazione adoperando le pinzette. La depilazione è un mezzo eccellente di cura; senza di essa, infatti, è molto difficile, se non impossibile, che guarisca la tigna favosa del capo. Prima di fare la depilazione la parte che si deve depilare si deve ogni volta unger bene con un olio semplice, preferibilmente coll'olio di mandorle dolci. Per la estirpazione dei capelli bisogna usare una pinzetta a larghe branche, acciocchè si possano afferrare solidamente e con sicurezza, per impedire che si rompano a livello della cute, cosa facile ad avvenire se i capelli sono fragili. Ogni volta bisogna afferrare ed estirpare soltanto pochi capelli in direzione del loro asse longitudinale. L'operazione non è dolorosa. Ogni giorno si depilerà una piccola superficie.

Immediatamente dopo l'operazione si deve stropicciar bene sulla parte e far sì che penetri nei follicoli piliferi uno o l'altro degli unguenti o lavacri parassitocidi. Uno dei migliori è il sublimato corrosivo, alla dose di 12 centig. per ogni 31 gr. Sono anche eccellenti rimedii il solfito di soda come lavanda, 3<sup>re</sup>,80 per 31 gr., l'acido solforoso concentrato o allungato come lavanda; lo zolfo 3<sup>re</sup>,80 o più per 31 gr. di unguento; il solfato giallo di mercurio 1<sup>re</sup>,90 o più per 31 gr. di unguento. I preparati di catrame sono anche utili, vuoi soli, vuoi insieme ad altri rimedii più attivi, come i mercuriali, e possono adoperarsi quando predomina il prurito.

La lunghezza del tempo richiesta a produrre la guarigione della tigna favosa del capo sarà relativa alla sua estensione e ad altre circostanze; si può asserire però che, nei casi ordinarii, sono necessari da 2 a 4 mesi. La depilazione si deve ripetere ogni giorno finchè i nuovi capelli nascono sani; di quando in quando bisogna esaminarli col microscopio. La tigna favosa dell'epidermide, dopo allontanate le croste, si deve curare con uno dei più blandi unguenti sopra ricordati. Quando trattasi delle unghie il parassitocida si deve stropicciare sopra di esse e sotto i loro margini liberi; inoltre si debbono frequentemente tagliare e raschiare.

Oltre ai mezzi sopradetti bisogna parlare di certe altre misure curative. È necessaria la nettezza; essa, infatti, è il primo passo della cura; senza di essa ben poco si progredisce. In alcuni casi i buoni cibi, l'aria fresca e l'uso dei tonici, specialmente delle piccole dosi di arsenico, saranno utili. Non bisogna mai dimenticare che la malattia è contagiosa.

**Prognosi.** — Questa è relativa alla durata e all'estensione della malattia nonchè allo stato generale; gl'individui il cui stato di nutrizione è povero e che si trascurano guariscono più lentamente di quelli che si trovano in migliori condizioni. Quanto più a lungo si

lascia durare la malattia sul capo tanto più probabilmente seguiranno la calvizie, l'atrofia e la cicatrice. La tigna favosa dell'epidermide di raro è ostinata.

### TIGNA TRICOFITICA.

Con questo nome s'intendono tre varietà di malattia, che sono: la tigna circinata, la tigna tonsurante e la tigna sicosi. Esse si possono ritenere come modificazioni di una stessa malattia, tanto più che sono prodotte da una stessa causa, cioè dal fungo trichophyton. Quando questo attacca la superficie generale del corpo dà origine alla tigna circinata; alla tigna tonsurante se attacca il cranio, i follicoli piliferi ed i capelli, ed alla tigna sicosi quando attacca i follicoli piliferi ed i peli della barba. Quantunque le tre malattie dipendano dalla medesima causa sono, nondimeno, caratterizzate da note tanto qualificative che bisogna farne una descrizione distinta. La cura, inoltre, è alquanto diversa.

### TIGNA CIRCINATA.

*Sin.*, Herpes Circinatus; *Ing.*, Ringworm of the Body; *Fr.*, Herpès Circiné; Trichophytie Circinée.

La tigna circinata è una malattia contagiosa da parassita vegetale, prodotta dal trichophyton, caratterizzata da una o più isole circoscritte, circolari, di varia forma, infiammatorie, squamose, che si formano sulla superficie generale del corpo e sono accompagnate da prurito.

**Sintomi.** — Il grado di sviluppo della malattia varia molto. Può essere un'affezione di poco conto, come frequentemente avviene nei fanciulli, o, d'altra parte, una malattia diffusa, cronica ed ostinata, come ad esempio sulla regione genito-crurale negli adulti. La forma ordinaria della malattia è la seguente. Comincia con una piccola macchia rossastra, squamosa, rotondeggiante o di forma irregolare; il suo contorno può essere bene o mal definito. A misura che il processo si avvanza, per lo più nel corso di pochi giorni, la pelle diviene più infiammata, e la parte alterata assume una forma circolare più evidente, e si accompagna o ad un'aumentata desquamazione cruschiforme, o alla formazione di minute papule, vescicopapule o vescichette intorno alla circonferenza della lesione.

Quando è pienamente sviluppata la malattia le isole sono circolari e leggermente protuberanti, massime ai margini, i quali sono chiaramente distinti dalla cute sana. Esse tendono ad assumere una forma di anello a causa della disposizione che il processo manifesta a sparire totalmente, o in parte, nel centro, mentre procede verso la periferia.

Le isole possono essere grandi quanto una piccola moneta o come la palma della mano; per lo più hanno la grandezza di un quarto di dollaro o mezzo dollaro d'argento. Ve ne possono essere una, due o più, nel quale ultimo caso possono confluire formando isole irregolarmente conformate, rotondeggianti od ovoidali, o semicerchi e segmenti di cerchi di varia grandezza. Ordinariamente, però, ve ne sono due o tre, e queste sono discrete e sopra diverse parti del corpo. Hanno un colore rossastro chiaro o scuro e, per lo più,



sono coperte da squame sottili cruschiformi o sminuzzate, grigie, aderenti, che sono più numerose ai margini. Nel centro della regione la superficie, generalmente, è rossastro-pallida e soltanto leggermente squamosa. La desquamazione, per lo più, è scarsa.

Alla periferia, quando l'irritazione cutanea è tale da poterle produrre, vi sono vescichette, papulo-vescichette o anche papule, secondo i casi, in forma di un anello e sono grandi quanto una punta o una testa di spillo. In generale sono transitorie e, perciò, sfuggono alla osservazione. La malattia è superficiale, giacchè la sua sede è nell'epidermide. Il derma, pertanto, è passionato secondariamente, e, talvolta, è sede di notevole o anche di alto grado di infiammazione. La malattia, ordinariamente, non ha tendenza alla simmetria, comechè ciò possa aver luogo per contagio in certe regioni, come le cosce, ove ambo i lati del corpo sono simmetricamente attaccati.

Tutte le parti della superficie generale del corpo possono essere invase dal parassita; si mostra, però, a preferenza, su certe regioni, massime sulla faccia, sul collo e sul dorso delle mani. Sulle ascelle, sulla superficie interna delle cosce, sugli inguini e fra le natiche la malattia è anche comune negli adulti. Quando attacca questi ultimi siti può diffondersi molto e, talvolta, essere ribelle alla cura.

La malattia a cui H e b r a dette il nome di « eczema marginato », osservata nei soldati di cavalleria ed in altri, tanto nelle donne quanto negli uomini, principalmente nel sito di unione delle cosce, sulle natiche, sugl'inguini e sulle ascelle, deve essere ritenuta come una forma grave di tigna circinata. Quando attacca le cosce sua sede abituale chiamasi *TINEA CIRCINATA CRURIS*. Può inoltre essere complicata da vero eczema, poichè questa malattia, per lo più, è secondaria. La dermatite, generalmente, è notevole, come mostrano il rossore, la desquamazione o la secrezione, la pigmentazione e l'ingrossamento della pelle. La malattia ordinariamente è caratterizzata da macchie estese quanto la mano o più larghe, irregolarmente conformate, infiammatorie, con un margine ben definito più o meno elevato. Queste macchie generalmente confluiscono e la malattia così attacca la maggior parte della superficie interna delle cosce e delle natiche o gli inguini e il monte di Venere. Tende a seguire un corso cronico, diffondendosi con rapidità o con lentezza ed è accompagnata da prurito che può essere forte. Lo sviluppo di questa forma di tigna circinata varia molto secondo i diversi paesi. Qui, relativamente a quella che si vede in qualche altra regione, è di un tipo blando. Io ne ho veduto molti casi, ma pochi furono di lunga durata o ribelli alla cura. La stessa cosa ha osservato il Dr. Bulkley (1); Tilbury Fox (2) di Londra, notò nel pari nella sua pratica che la forma inveterata era rara. Le forme più avanzate si osservano nel Sud dell'Europa, per esempio in Austria, e nelle contrade tropicali, ma anche ivi la maggior parte delle volte si presenta con piccole macchie e come una malattia leggera 3).

(1) Chicago Med. Jour. and Exam., Nov. 1877.

(2) Archives of Dermatology, Oct. 1868.

(3) Veggasi « On Certain Endemic Skin and Other Diseases of India and Hot Climates generally », Dr. Tilbury Fox and T. Furquhar, London, 1876.

Il corso della tigna circinata è variabile, poichè dipende dall'età e dallo stato generale dell'infermo, dal clima e da altre circostanze. Può avere un corso breve che dura poche settimane o, invece, può continuare per mesi o anni. Talvolta è notevolmente ostinata, mostrandosi ripetutamente nella stessa regione o manifestandosi, di quando in quando, in nuovi punti. Nella maggior parte dei casi di questo genere che sono stati sotto la mia osservazione, alcuni dei quali per un periodo di anni, le lesioni sono state notevolmente superficiali, piccole, e disseminate, apparendo e sparendo nel modo più bizzarro. Nei fanciulli, ordinariamente, cede molto alla cura, e, non di raro, ha un corso che finisce colla guarigione spontanea. Nei climi caldi è molto più ostinata che nei temperati. Può esistere temporaneamente alla tigna tonsurante (1).

Il trichophyton talvolta attacca le unghie, cagionando la così detta *TINEA TRICOPHYTINA UNGUIUM*. Le unghie divengono opache, biancastre, grosse e molli o fragili, specialmente lungo il loro margine libero. Coll'aiuto del microscopio si fa subito la diagnosi. Raramente avviene che siano attaccate più di due o tre unghie (2). La malattia segue un corso cronico ed è di difficile guarigione.

**Etiologia.** — È cagionata dalla presenza del trichophyton, scoperto da Bazin nel 1854 (3). È lo stesso parassita che produce le forme di malattia conosciuta sotto il nome di tigna tonsurante e tigna sicosi. Si mostra in un periodo alquanto diverso di sviluppo, raramente giungendo ad uno stato lussureggiante nell'una o nell'altra delle sopradette varietà di malattia. La malattia è contagiosissima e, molto spesso, si comunica da un membro ad un altro della stessa famiglia. Le forme croniche, come talvolta si osservano nella tinea circinata cruris, sono meno contagiose. Tilbury Fox (4) descrive un caso in cui sette persone adulte e componenti della stessa famiglia contrassero la malattia l'una dopo l'altra. Si può anche contrarre dalle vacche, dai buoi e dai cavalli, giacchè il trichophyton attacca anche questi animali. In questi casi la malattia ordinariamente è di un tipo molto più grave di quello che presenta quando è stata comunicata da uomo a uomo. È molto più comune nei fanciulli che negli adulti, poichè attacca tanto i bambini quanto i ragazzi grandicelli. Talvolta si manifesta in pochi giorni dopo la nascita. È stata osservata fin 6 ore dopo la nascita come nel caso riferito da Lynch (5). Si manifesta più frequentemente in certi paesi che in altri. Anderson (6), di Glasgow, riferisce 54 casi soltanto sopra 10000 consecutive osservazioni di malattie cutanee fatte nell'Ambulatorio; d'altra parte, White (7) di Boston ricorda 100 casi su 5000 consecutivi di malattie cutanee osservate nell'Ambulatorio esterno dal Massachusetts General Hospital. Secondo me tutti gl'individui non sono egualmente soggetti

(1) Veggasi Tav. EE nel mio *Atlas of Skin Diseases*.

(2) Veggasi un articolo dell'Autore su questa malattia. *Med. and Surg. Reporter*, Aug. 3, 1878.

(3) *Considérations sur la Mentagre et les Teignes de la Face*. Paris, 1854.

(4) *Archives of Dermatology*, Oct. 1878.

(5) *Med. Press and Circ.*, March 22, 1876.

(6) *Lancet*, Nov. 11, 1871.

(7) *Boston Med. and Surg. Journ.*, May 18, 1876.

alle devastazioni del parassita. Come ho detto da molto tempo, è necessario un certo stato della pelle per il suo sviluppo. Non prende salde radici in qualsiasi cute. La natura speciale del momento essenziale pel suo sviluppo è ignota. In taluni casi, però, massime negli adulti, la malattia dipende da un abbassamento generale del tono organico, a causa, forse, di malattia cronica costituzionale, come la tisi, o di qualche temporaneo disturbo dell'organismo. Io convengo pienamente col Dr. Tilbury Fox quando dice che « vi ha bisogno di qualche cosa più del semplice contatto nell'adulto, perchè avvenga il contagio ». Si osserva negli individui poveramente nutriti e che si trascurano, ed anche in coloro che stanno in un grado sociale più elevato,

**Patologia.**—Il fungo, fermandosi sulla superficie cutanea, trova la via per l'epidermide che perfora in tutte le direzioni. A principio sorge iperemia la quale subito è seguita da superficiale infiammazione con o senza leggera formazione di papule o di vesciche e desquamazione. La sede del parassita è nell'epidermide e soltanto in questo tessuto, quantunque l'irritazione prodotta attacchi la vera pelle a tal grado da dare spesso origine a notevole infiammazione. Come già si è detto la vescicazione può esservi o mancare; vi è sempre, però, desquamazione in maggiore o minor grado, massime ai margini della superficie alterata. Ordinariamente non è copiosa e le squame sono sottili, sminuzzate e aggrinzite.

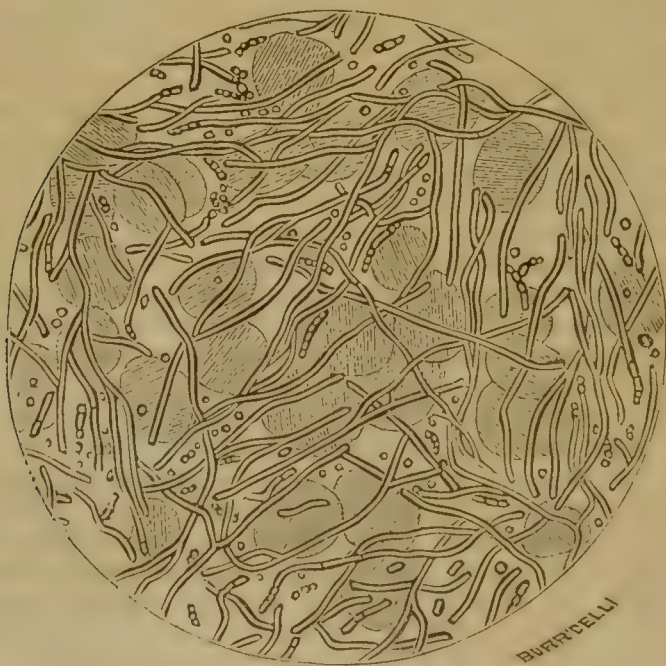


Fig. 6. — TRICHOPHYTON DELLA TIGNA CIRCINATA (a 500 Diam.) — Mostra micelio e spore.

Sotto al microscopio il fungo si vede impiantato nelle cellule epidermiche, principalmente in forma di micelio, giacchè le spore per lo più sono scarse (Vedi fig. VI). Il micelio consiste in formazioni o filamenti lunghi, sottili, delicati, con contorni precisi grigio-pal-



lidi, nastriformi, che contengono spore e granuli. Si fa notare per la sua lunghezza, giacchè un solo filamento non di raro oltrepassa il campo del microscopio, spiccando branche qua e là in tutte le direzioni. Il suo diametro varia da  $\frac{1}{1200}'''$  (0,0018 mm.) ad  $\frac{1}{800}'''$  (0,0026 mm.). Può essere diritto, curvo o uncinato; inoltre, talvolta è biforcuto. Quando il fungo è abbondante i filamenti s'incrociano in tal modo da formare una rete irregolare.

Le spore sono piccoli corpi rotondi o rotondeggianti, molto refrangenti, che si presentano con un colore grigiastro o verdastro pallido. Non assumono le molteplici forme che si osservano nell'*Achorion Schönleini* o nel *microsporon furfur*. Variano da  $\frac{1}{1000}'''$  (0,0021 mm.) a  $\frac{1}{600}'''$  (0,0035 mm.). Si osservano sole o in forma di catene, di due, tre o più, e possono essere isolate o congiunte a micelio. Il fungo, in generale, non cresce lussureggiante nella tigna circinata dei casi che si osservano in questo paese; spesso è scarso, ma si può sempre facilmente scovire nel primo periodo della malattia. Quando questa è di lunga durata o è complicata da notevole infiammazione cronica, non di raro è difficile scovirlo. Nelle contrade tropicali invece, ordinariamente è abbondante. I rapporti botanici del *trichophyton* sono stati attentamente studiati dal Dr. I. E. Atkinson di Baltimora (1). I suoi esperimenti dimostrano che il fungo appartiene ai *mucor* e che probabilmente è un *mucor mucedo*.

**Diagnosi.** — Questa si può fare o sulle note cliniche della malattia o per mezzo del microscopio. Quando il fungo vi è in profusione non vi ha difficoltà a dimostrarlo sotto il microscopio. Ecco il miglior modo di farne l'osservazione. Dalla parte sospetta si staccano colla lama di un bisturi poche squame e si mettono sopra un portaoggetti con una goccia di liquore di potassa, e si cove con una lastrina, la quale vi si deve premere sopra in modo che la massa epidermica sia schiacciata. Lasciando per pochi minuti questo saggio si può vedere con una lente da 200 a 500 diametri. Il fungo, nella maggior parte dei casi, si può vedere qua e là, a principio con un contorno vago, ma che si determina meglio quanto più sta sotto il microscopio. Vi è appena bisogno di aggiungere che è importantissimo che il portaoggetti e la lastrina che lo cove siano pulitissimi e senza nessun filamento della tela con cui si è pulito o altre sostanze estranee.

I micelii si possono confondere colle fibrille di lana e di cotone, che, spesso, capitano in mezzo al saggio, ma più specialmente si confondono coi margini delle cellule epidermiche, le quali tendono ad accavallarsi l'una sull'altra in modo da dare origine ad una forma che sembra di brevi micelii. Il contorno del micelio, però, è sempre chiaramente definito, poichè le sue pareti mostrano linee parallele; i filamenti, inoltre, per lo più, si prolungano ad una notevole distanza sul campo d'osservazione e contengono spore e sostanze granulari. Le spore si debbono distinguere dalle particelle estranee di grasso che possono provenire dal grasso degli unguenti usati nella cura, dalla sostanza sebacea, dai globuli grassi nelle cellule in cui è avvenuta la degenerazione adiposa, come nella se-

(1) New-York Medical Journal, Dec. 1878.

borrea, dai nuclei di cellule, dal pus e da altre cellule e dalla sostanza granulare dell'una o l'altra specie. Quando predomina la materia grassa è bene sottoporre il saggio all'azione di poche gocce di etere.

La tigna circinata si può confondere coll'eczema. Può rassomigliare alla varietà eritematosa, papulosa, vescicolosa o squamosa, massime a quest'ultima. La sua forma circolare e spesso anulare, il suo margine preciso ben definito, la sua desquamazione in generale leggera ed in forma sminuzzata, il suo corso e la sua storia renderanno ordinariamente facile la diagnosi. Le varietà più gravi della malattia, come si osservano sulle cosce e sulle parti contigue rassomigliano più intimamente all'eczema, e possono, infatti, come si è detto, essere in certi casi complicate dall'eczema. In questi casi il carattere marginato delle isole indica che vi è un elemento parassitario. In tutti questi casi si deve usare il microscopio; spesso si possono così evitare gli errori diagnostici.

La tigna circinata rassomiglia molto alla seborrea del petto e del dorso. Le isole di seborrea che si formano in queste regioni spesso hanno una forma circolare ed anulare e sono accompagnate da desquamazione molto simile a quella della tigna circinata. Questa, però, si può riconoscere per la sua natura infiammatoria, per il suo corso, per la mancanza di follicoli dilatati e di una superficie unta. Si può confondere anche colla psoriasi, massime quando l'isola di psoriasi assume una forma circinata, come avviene quando la malattia sta per finire. La presenza d'isole di psoriasi sovra altre parti del corpo nonchè la storia del caso coadiuveranno la diagnosi. Il microscopio, come in tutti i casi dubbii, scioglierà la questione.

La tigna circinata nelle sue forme ordinarie si può appena confondere con qualunque delle manifestazioni sifilitiche. Quando la malattia è di lunga durata e la pelle è infiammata cronicamente, come talvolta avviene sulle cosce, si può confondere col sifiloderma serpiginoso tubercolare. Il microscopio, la presenza di altri sintomi di sifilide e la storia coadiuveranno la diagnosi. Si può distinguere dalla tigna favosa dell'epidermide per la mancanza delle croste giallastre caratteristiche di questa malattia. L'isola di tigna favosa, inoltre, è ordinariamente più piccola e meno distintamente circinata di quella di tigna circinata. Il microscopio farà stabilire la diagnosi, giacchè le due varietà di funghi sono del tutto diverse.

**Cura.** — In generale, la cura locale è la sola richiesta. In certi casi, pertanto, massime negli adulti, in cui la malattia continua ostinatamente non ostante l'uso dei parassitici, i tonici interni si debbono prescrivere a larga dose. I preparati di ferro, le piccole dosi di arsenico, la chinina, l'olio di fegato di merluzzo e gli acidi minerali saranno tutti utili nei casi ostinati. Nella maggior parte dei casi, almeno di quelli che si osservano in questo paese, il fungo è attaccato debolmente alla pelle ed è distrutto facilmente da uno qualunque dei parassitici. Nella scelta di un rimedio il medico deve essere guidato dall'età dell'infermo, dall'estensione e dalla sede della malattia, se localizzata o diffusa, e dallo stato della pelle, quanto al grado d'infiammazione, d'ingrossamento e d'irritabilità. Nei fanciulli ordinariamente bastano le applicazioni blande

per allontanare il male. Spesso basterà lavare la parte con sapone molle ed acqua, e, dopo, applicarvi un unguento di ammoniuro di mercurio, 90 centigrammi o 1<sup>sr</sup>,90 per 31 grammi. Si può anche usare l'unguento di nitrato di mercurio, 3<sup>sr</sup>,80 o il doppio per 31 grammi di semplice unguento; o il solfato giallo di mercurio, da 90 centigrammi a 1<sup>sr</sup>,80 per 31 grammi. Il sublimato corrosivo è un eccellente rimedio, usato come lavanda con acqua o alcool alla dose di 6 a 18 centigrammi per 31 grammi. Sono inoltre utili l'acido acetico, l'acido borico, la tintura di jodo ed il collodion cantaridato per pennellazioni sulle parti. Sono rimedii molto utili e inoltre sicuri l'acido solforoso in forma di lavanda, l'iposolfito ed il solfito di soda, 3<sup>sr</sup>,80 per ogni 31 grammi, o per lavanda o per unguento. Un infallibile ed efficace parassitocida, ma che si deve sempre usare con precauzione, è la polvere di Goa, in forma d'unguento, da 60 centigrammi e 2<sup>sr</sup>,40 per ogni 31 grammi (1). Il rimedio è molto stimato nei paesi orientali. L'acido crisofanico (crisarobina) o l'acido pirogallico si possono usare da 30 centigrammi ad 1<sup>sr</sup>,20 per 31 grammi. Quando le parti sono in uno stato d'irritazione, come può avvenire per l'uso troppo frequente di forti parassitocidi, si possono usare con beneficio l'unguento blando di catrame, 1<sup>sr</sup>,90 o 3<sup>sr</sup>,80 per 31 grammi, o l'acido carbolico in forma di unguento o di lavanda, 10 gocce per 31 grammi. Nei casi pertinaci di tigna circinata Tilbury Fox raccomanda la seguente formola.

Pr. Creosoto	grammi	1
Olio di cade	»	9,60
Fiori di zolfo	»	11,40
Bicarbonato di potassa	»	3,80
Sugna	»	31.
M. F. unguento.		

L'unguento di Wilkinson, come è stato modificato da Hebra (Veggasi pag. 207) è anche utile in questi casi. L'unguento di polvere di Goa è pure opportuno. I bagni di vapore di zolfo o di mercurio, a dosi miti, talvolta apportano vantaggio.

Qualunque sia il rimedio che si usi bisogna badare che la pelle non s'irriti molto, bisogna ricordarsi che la malattia ha una sede superficiale, e, perciò, in generale, si raggiunge facilmente. Gli unguenti si devono strofinar bene sulle parti ammalate due o tre volte al giorno, tenendo di mira specialmente i margini dei tratti alterati. Se si usano lavande deboli, come, ad esempio, quelle di zolfo, si debbono ogni volta tenere applicate 10 o 15 minuti.

**Prognosi.** — Non è facile predire il corso della malattia. Mentre, per lo più, cede subito alla cura, non rare volte si presentano casi, massime negli adulti, in cui la malattia persiste, ordinariamente in forma di recidive, per lungo tempo. Nei fanciulli può finire spontaneamente, o per mezzo dell'uno o dell'altro dei rimedii più semplici. La tigna circinata delle cosce e delle parti vicine e quella delle ascelle sono le varietà locali più ostinate.

(1) Per il modo di usare questo rimedio rimandiamo il lettore alla pag. 208.



**TIGNA EMBRICIATA.** (*Tinea imbricata*).—Con questo nome il Dottor Manson, di Amoy, Cina, descrive (1) una malattia ch'egli ritiene essenzialmente distinta dalla tigna circinata. Si manifesta soltanto nei paesi intorno allo stretto di Malacca e nelle isole dell'arcipelago Malaja. La parola embriciata esprime la forma speciale della desquamazione. Partendo dal punto d'inoculazione l'epidermide è minata e finalmente si distacca a grandi falde della lunghezza di  $\frac{1}{8}$  di pollice, il cui margine libero è diretto verso il centro o punto della inoculazione, e la parte convessa è solidamente aderente. Se sulla superficie si passa la mano dalla circonferenza verso il centro degli anelli con la cui forma si presentano disposte le squame, queste vengono spianate; se, invece, si passa in direzione opposta sono sollevate e si accentua molto distintamente il contorno ondulato degli anelli. La formazione dei cerchi concentrici è la seguente. Non appena un'anello primario ha raggiunto un diametro di circa  $\frac{1}{2}$  pollice si forma nel suo centro nuovamente un'isola brunastra. La giovane epidermide sovr' essa si screpola e si forma un secondo anello a fianco al primo estendendosi a misura che esso si estende. Questo processo può continuare fino a che n'è coperta tutta la superficie del corpo, e questo è un punto importante di differenza fra la tigna circinata e la tigna embriciata. Un'altra differenza è l'enorme abbondanza di elementi fungosi nella tigna embriciata e la loro scarsezza nella circinata. Oltre a ciò i conidii del fungo nella tigna embriciata sono più ovali di quelli della circinata, mentre i filamenti del micelio sono caratterizzati dalla mancanza di parti rigonfiate e di parti ristrette e di altre irregolarità di contorno che si osservano nella tigna circinata. Il Dr. Manson ritiene che questa malattia sia identica al « Tokelau ringworm », varietà descritta dai Dri. Fox e Farquhar (2). Manson ha mostrato con esperimenti d'inoculazione sullo stesso individuo che il fungo della tigna embriciata produce sempre tigna embriciata e quello della circinata produce sempre tigna circinata.

### TIGNA TONSURANTE.

*Sin.*, Herpes Tonsurans; Trichonosis Furfuracea; Porrigo Furfurans; Tinea Tondens; *Ingl.*, Ringworm of the Scalp; *Ted.*, Soherende Flechte; *Franc.*, Herpès Tonsurant; Teigne Tondante; Teigne Tonsurante.

La tigna tonsurante è una malattia contagiosa da parassita vegetale, del cranio, prodotta dal trichophyton, caratterizzata da piastre ordinariamente più o meno circolari, di varie grandezze, squamose, in cui vi è una calvizia più o meno completa, che fanno vedere i capelli alterati e, per lo più rotti vicino alla superficie cranica, ed è accompagnata da prurito.

**Sintomi.** — Ordinariamente comincia in forma di una piccola piastra rotondeggiante eritematosa, che subito diviene sede di un anello quanto una testa di spillo, di vescichette mal definite o di pustole, di carattere transitorio e che termina con la desquamazione o colla formazione di squame furfuracee. Si propaga rapida-

(1) Medical Reports of the Imperial Chinese Maritime Customs, 16th issue, Shanghai, 1879.

(2) On certain Eudemich Skin and Other Diseases of India and Hot Climates generally, pp. 246. London, 1876.

mente e in breve tempo acquista le sue note caratteristiche; allora consiste di una o più piastre circolari, circoscritte, di grandezza che varia da quella di una piccola a quella di una grande moneta, rossastre, grigiastre, verdastre o azzurrognole, coperte di squame fine o grosse e coi capelli rotti vicino alla superficie del cranio. Il colore varia alquanto secondo la complessione degl'individui. Nei fanciulli che hanno capelli scuri è grigio azzurrognolo, plumbeo, ardesiaco. Il cranio è più o meno gonfio e i follicoli, in generale, sono prominenti, dando alla sua superficie l'aspetto della pelle d'oca, ch'è caratteristico della malattia ed evidentissimo dopo che i capelli sono caduti. Essi sono uniformemente o irregolarmente corti, di raro più alti di una o due linee, sono ingrossati e contorti o curvi. Le loro estremità libere si presentano ineguali, scabre, simiglianti a stoppia o come se fossero rosicchiati, quasi che fossero stati tagliati con forbici cattive. Hanno perduto il loro lucido normale, vi manca la vita, sono opachi e, estirpandoli, si trovano secchi, scabri e, generalmente, fragili. Stanno lassamente attaccati ai loro follicoli, però si possono rompere vicino alla superficie del cranio se si tenta di estrarli. A misura che la malattia progredisce essi tendono a rompersi a causa dell'estrema infiltrazione dei funghi ed a perdere la loro naturale disposizione. La conseguenza della perdita dei capelli è una calvizie più o meno completa che però è temporanea, giacchè presto o tardi tornano a spuntare. Quando la malattia è pienamente sviluppata le squame per lo più sono sminuzzate e si osservano in forma di un prodotto fino o grossolano, aderente, grigiastro, polverulento.

La sopradescritta è la forma ordinaria della malattia; si osservano anche forme insolite come, ad esempio, quando le lesioni sono disseminate e superficiali, il processo assume un poco il carattere della tigna circinata del cranio. In questo caso le lesioni rassomigliano a quelle dell'eczema e della seborrea (1). I capelli qua e là possono restare *in situ* ed essere apparentemente sani, mentre, in altre parti del capo, si possono vedere capelli corti. Facendo una trazione sopra i capelli lunghi, per lo più si scovre che sono debolmente fissati. Talvolta, però, aderiscono solidamente. Io ho osservato queste forme di malattia principalmente negli individui poveramente nutriti e deboli, e quando il processo assumeva un corso torpido e cronico.

Le piastre di raro sono più grandi di un dollaro d'argento, quantunque spesso, sulla stessa regione non rare volte ne confluiscono due o più, formando così aree più estese di malattia. Quando questa è superficiale e si sono fuse parecchie isole ne possono seguire aree quanto la palma della mano o quanto tutta la mano. Dopo incominciate ordinariamente si sviluppano con rapidità. Ve ne possono essere una, due o più; possono avere la loro sede su qualunque parte del cranio, quantunque mostrino una preferenza per il vertice e per la regione parietale. In generale vi ha prurito più o meno forte ed è ordinariamente uno dei primi sintomi notati, e può divenire molesto lungo il corso della malattia. Questa si può diffon-

(1) Veggasi nel Medical and Surgical Reporter del 3 agosto 1878 una relazione di casi fatta dall'Autore.

dere sulla faccia lateralmente, nel qual caso diviene tigna circonata, con cui non di raro va congiunta (1). Le due forme possono osservarsi simultaneamente o l'una può precedere l'altra. Se non si combatte con una cura può continuare all'infinito, come nel caso di altre malattie da parassiti vegetali; d'altra parte può finire colla guarigione spontanea.

**Etiologia.** — La causa sta nella presenza e sviluppo del trichophyton, lo stesso fungo che dà origine alla tigna circonata. La malattia è comune e si osserva dappertutto. È un'affezione della fanciullezza, molto raramente incontrandosi, o mai, nell'età adulta, e di raro dopo la pubertà; d'altra parte nell'infanzia è rara. È molto contagiosa e si può facilmente comunicare da un fanciullo ad un altro per mezzo delle vesti che s'indossano, dei berretti, dei pettini e delle spazzole, delle tovaglie e della biancheria da letto. Le sue proprietà contagiose si manifestano spesso nelle scuole e negli asili dei fanciulli, ove ne può essere attaccato contemporaneamente un certo numero. Può attaccare tutte le classi, ricche e povere, ma soprattutto, gl'individui mal nutriti, di cattiva salute o debilitati. Spesso si contrae dalla tigna circonata esistente nella madre o in chi assiste i fanciulli.

**Patologia.** — Qui dobbiamo occuparci dei cangiamenti che hanno luogo nel capello, nel follicolo pilifero e nell'epidermide e delle specialità del fungo. Il parassita fu scoperto da Gruby nel 1844 e, diffusamente descritto da Malmsten nel 1846 e da lui chiamato « trichophyton tonsurans ». Attacca il capello, il follicolo pilifero e l'epidermide. Il capello, però, si altera molto riempiendosi in breve tempo di parassiti, tanto da derivarne talvolta la sua disintegrazione e distruzione. Il follicolo è anche attaccato perchè si solleva e si distende notevolmente.

Il fungo è identico a quello della tigna circonata ed è stato studiato in rapporto a questa malattia. Però in essa trovasi in un periodo alquanto diverso di sviluppo. Nella tigna circonata l'epidermide è la sede del parassita; nella tigna tonsurante sono attaccati principalmente i capelli; il fungo trovasi in uno stato di esuberante sviluppo e le spore sono numerosissime. Come si vedono sotto il microscopio i capelli rotti sono in tutta la loro lunghezza invasi da spore e da micelii, prevalentemente dalle prime; spesso trovansi pochi micelii o non se ne trovano affatto; le spore sono molto numerose e stanno intorno al perimetro del bulbo e della radice come nella sostanza del capello, ove s'impadroniscono più o meno di tutto il campo. Essi trovansi in file, che decorrono parallelamente ai filamenti dei capelli, o in masse irregolarmente disposte; il bulbo e la radice, per lo più, sono invasi su vasta scala, tanto da essere letteralmente zeppi di spore e da sembrare una massa solida somigliante a uova di pesce. Il capello è disteso o rotto qua e là lungo il suo stelo e i filamenti protrudono in questi punti dando alla sua superficie esterna un aspetto ineguale o scabro. Talvolta è spaccato longitudinalmente e le parti che lo compongono sono separate e si tengono appena insieme. Talvolta il fungo è così copioso da scompaginare del tutto il capello. L'estremità libera e lo

(1) Veggasi il mio Atlas of Skin Diseases, Tav. EE.



stelo, nel punto della frattura, precisamente sopra il livello del cranio, generalmente ha un' estremità laciniata, setolosa, simile a stoppa, che consiste di filamenti rotti fra cui vi possono essere spore (Veggasi fig. VII). Le squame furfuracee, raschiate dalla superficie della parte, possono anche contenere funghi; ma la ma-



Fig. 7. — TRICHOPHYTON DELLA TIGNA TONSURANTE (300 diametri). Corti e rotti capelli invasi da spore libere e da catene di spore.

lattia attacca il capello, lasciando relativamente immune l' epidermide. Il grado dell' irritazione della pelle varia; spesso è leggero, dando origine semplicemente a desquamazione o a formazione di vescichette transitorie; in altri casi è grave, producendo edema e sintomi infiammativi con un essudato liquido, come avviene nella varietà della malattia chiamata tigna kerion, che descriveremo.

Lo stato della pelle nella tigna tonsurante è stato esaminato col microscopio da Federico Taylor (1), il quale dice che il fungo invade la sostanza del capello fino al bulbo, ma non attacca mai la papilla pilifera o le guaine della radice. Queste osservazioni confermano quelle di Thin (2), i cui studii furono fatti sul cavallo.

**Diagnosi.** — Nella maggior parte dei casi la diagnosi è facile. La presenza di numerosi follicoli privati dei loro capelli deve sempre

(1) Lancet, Nov. 16, 1878.

(2) Ibid., March 30, 1878.

mettere in sospetto della malattia; è anche sospetta l'esistenza di monconi di capelli, e così pure, di punti nerastri, di aperture di follicoli contenenti capelli rotti, disseminati sovra una superficie parzialmente calva. Vi sono parecchie malattie con cui si può confondere. L'eczema squamoso si osserva spesso sul cranio, ed assume la forma di isole che possono rassomigliare a quelle della tigna tonsurante. Le storie delle malattie sono diverse, e, da sè sole, ordinariamente bastano a farle distinguere. Nell'eczema non vi è storia di contagio, che frequentemente si può accertare nella tigna tonsurante. L'eczema squamoso, per lo più è una malattia cronica, mentre la tigna tonsurante, generalmente, ha un corso più rapido, continuando a diffondersi finchè non ha invaso una notevole superficie. Le isole di eczema non tendono ad avere un contorno ben definito nè sono spesso circolari. I capelli nell'eczema rimangono solidamente impiantati sul cranio; nella tigna tonsurante sono cedevoli e possono essere strappati senza produrre dolore. Nell'eczema inoltre, i capelli caratteristici, grossi, contorti, fragili o rotti e lo speciale colore della parte attaccata coverta di squame furfuracee, mancano. Nei casi dubbii il microscopio rivelerà sempre la presenza del parassita. Il prurito, ordinariamente, è un sintomo più rilevante nell'eczema che nella tigna tonsurante. In alcuni casi l'eczema può sopravvenire o complicarsi colla malattia di cui ci occupiamo; ma questo fatto è raro.

La tigna tonsurante, massime la forma disseminata, si può confondere con la seborrea del cranio. In quest'ultima malattia, però, non vi è notizia di contagio; oltre a ciò le isole di raro sono circolari nè sono passionati i capelli. Il corso della malattia è diverso. La psoriasi può avere un aspetto non dissimile da quello della tigna tonsurante, ma la mancanza di contagio, lo stato sano dei capelli, la quantità ed il carattere delle squame e il suo corso serviranno a farla distinguere dalla tigna tonsurante. Con questa si può confondere la tigna favosa nel suo primo periodo, prima che si siano formate le croste; ma ben presto si formano le croste caratteristiche e non vi ha più difficoltà a far la diagnosi.

Con la tigna tonsurante si può anche confondere l'alopecia ad aree, errore che non è raro. Nei casi tipici di questa specie di alopecia la mancanza di tutti i capelli dall'area e la superficie biancastra levigata, basteranno a far fare la diagnosi. In altri casi, però, quando i sintomi caratteristici mancano bisogna ricorrere al microscopio che dirimerà la quistione. Nella tigna tonsurante, ordinariamente, vi è il trichophyton in grande abbondanza; nell'alopecia ad aree non vi è fungo.

L'esame microscopico dei capelli non è difficile; il parassita si scovre subito. Sopra un portaoggetti si mettono uno o due corti capelli con una goccia di liquore di potassa e vi si lasciano pochi minuti; dopo saranno perfettamente visibili, sotto un ingrandimento di 250 diametri il fungo e le lesioni del capello (Veggasi tigna circinata). Secondo Duckworth (1) l'azione del cloroformio sulle isole di tigna tonsurante è specifica, ed è un facile saggio per questa malattia. Ove se ne facciano cadere poche gocce sopra la parte e

(1) Brit. Med. Journ., Nov. 1, 1873.

si lascino evaporare si vede un fatto speciale nei capelli attaccati e sulla cute, intorno alle aperture dei loro follicoli; divengono biancastri o giallo-chiari e restano così come se sulla parte si fosse spolverato uno strato di polvere di zolfo. Il cloroformio non ha quest'azione sul capello sano. Lo stesso cangiamento è stato notato rispetto alla tigna circinata, alla tigna versicolore ed alla tigna favosa dell'epidermide (1), e le isole assumono un aspetto biancastro, pulverulento.

**Cura.** — Bisogna tenere a mente che lo stesso fungo trovasi nella tigna circinata, quantunque in uno stato di più lussureggiante sviluppo; la malattia, perciò, si combatte coi rimedii di cui abbiamo discorso a proposito della tigna circinata. La distruzione del parassita che ha la sua sede nel capello e nel follicolo si ottiene perfettamente strappando i capelli ed usando gli opportuni parassitocidi. I rimedii esterni, in generale, bastano a procurare la guarigione; in alcuni casi, però, in cui la malattia è di tipo grave ed è ribelle alla cura locale, i rimedii generali, come il ferro, l'arsenico e l'olio di fegato di merluzzo, si possono usare con vantaggio. In tutti i casi è importantissima la nettezza, non solo allo scopo di affrettare la guarigione, ma d'impedire il contagio. L'infermo deve essere provveduto di vesti, pettini, spazzole, tovaglie, biancheria da letto di suo esclusivo uso.

Le parti si debbono pulire quanto più completamente è possibile con sapone molle e acqua, poi si estirperanno i capelli cedevoli che trovansi ai margini della parte ammalata e quelli rotti sulla sua superficie. La depilazione si compie bene con pinzette piccole, a larghe branche e corte, afferrando ogni volta pochi capelli. Ogni giorno così si toglierà una parte dei capelli ammalati finchè ne sarà libera tutta la superficie. Dopo ciascuna depilazione si applica un parassitocida in forma di unguento, di olio, o di lavanda, secondo che verrà indicato. Produce buoni effetti il sublimato corrosivo in forma di unguento, 12 a 30 centigrammi per 31 grammi, o in forma di lavanda, 6 o 12 centigrammi per 31 grammi di acqua o di alcool. Esso ha, inoltre, il vantaggio di non sporcare, di non aver cattivo odore e di non alterare il colore della pelle. L'ammoniuro di mercurio e l'ossido rosso di mercurio, da 60 centigrammi a 1<sup>re</sup>,80 per 31 grammi, generalmente sarà utile nei varii periodi dei casi ordinarii. Quando la malattia è disseminata o superficiale spesso produrranno buoni effetti 3<sup>re</sup>,80 di acido fenico per 31 grammi di glicerina, vuoi soli, vuoi insieme ad altri rimedii. Nelle forme più croniche sarà efficace l'oleato di mercurio al 5 o 10 per cento. Si può anche raccomandare una mescolanza di acido fenico e glicerina, una parte per due o tre; quando è forte si deve applicare con precauzione.

La tintura di jodo è anche utile. Un preparato molto usato a Londra, e conosciuto sotto il nome di pasta di Coster è il seguente:

Pr. Jodo	grammi	7,60
Olio di catrame	»	28
Mesci e sciogli.		

N.B. Il jodo e l'olio di catrame si debbono gradatamente e lentamente mescolare.

(1) St. Barthol. Hosp. Reports, vol. ix.



Una piccola quantità di questo preparato si pennella sulle parti e vi si lascia finchè cade la crosta, cioè per cinque o sei giorni, dopo i quali si può riapplicare. Ordinariamente bastano poche applicazioni. Sono utili parti uguali di unguento di catrame e di unguento di zolfo o di solo unguento di zolfo. *Startin* raccomandava la seguente formola:

Pr. Fiori di zolfo	grammi	1,90
Ammoniuro di mercurio	centigr.	60
Solfuro nero di mercurio	»	60
Mesci ed aggiungi		
Olio di uliva	grammi	6.40
Creosoto	gocce	4
Sugna	grammi	22.80
M. e F. unguento,		

Un unguento composto di parti eguali di acido fenico, di unguento di nitrato di mercurio e di unguento di zolfo è raccomandato da *Alder Smith* (1), come utile nei casi recenti in cui è attaccata una notevole superficie. Lo stesso unguento, con minore quantità di acido fenico, si adatta meglio alla maggior parte dei casi.

Un buon metodo di cura è il pennellare le parti con acido acetico glaciale o con collodio cantaridato, una volta la settimana o più spesso, e nell' usare uno dei parassitici più miti nel frattempo. Quando la malattia è circoscritta ad una piccola area ed è ribelle la produzione artificiale della tigna *kerion* per mezzo delle applicazioni fatte con cautela dell'olio di croton sarà utile. La parte si deve pennellare con olio ogni giorno finchè sorge l'infiammazione, e poi si ammorlirà con cataplasmi e si depilerà.

Fra i rimedii più miti l'acido solforoso a dose forte, il solfuro di potassio, 1<sup>gr.</sup>,80 o 3<sup>gr.</sup>,80 per 31 grammi, l'iposolfito di soda, 3<sup>gr.</sup>,80 o più, per 31 grammi, si possono ricordare come i più utili. I parassitici più miti si debbono adoperare a larga mano. Quando si usano lavande si debbono fare spesso e per 10 o 15 minuti alla volta; gli unguenti si debbono stropicciare bene e con lentezza sulle isole e intorno ai loro margini; gli altri preparati, di cui abbiamo discorso a proposito della tigna circinata o della tigna favosa, anche in questo caso si possono usare.

**Prognosi.** — È relativa alla lunghezza del tempo da cui dura la malattia, al numero delle isole ed allo stato di salute generale. Alcuni casi guariscono rapidamente, altri sono ostinatissimi, essendo, spesso, necessari mesi per ottenere la guarigione. Nei fanciulli, i quali sono nutriti male, generalmente è più ribelle che in quelli i quali sono bene allevati. Negli asili e nelle scuole, comunemente, è molto più difficile dominarla che nei casi isolati. La guarigione spontanea può avvenire, quantunque, in generale, se la malattia si abbandona a sè stessa, tende a continuare per un tempo indefinito,

**TIGNA KERION.** — Con questo nome bisogna descrivere una speciale forma di tigna tonsurante che talvolta si osserva. La prima

(1) *Lancet*, vol. i., 1880.

volta fu descritta da Cels o; più recentemente da Wilson, Tilbury Fox ed altri. Si può ritenere come una forma infiammatoria e suppurativa di tigna tonsurante, caratterizzata da edema, infiammazione ed essudazione di un secreto viscido, glutinoso, giallastro, dalle aperture dei follicoli piliferi. Questo stato è analogo a quello che spesso si osserva nella tigna sicosi. Può manifestarsi insieme alla solita forma di tigna tonsurante o solo. In generale comincia come l'ordinaria tigna tonsurante ed è seguita in breve tempo dalla tumefazione ed infiammazione subacuta delle parti profondamente situate. Quando ha raggiunto un pieno sviluppo, le isole sono giallastre, rossastre o porporine e sono più o meno elevate, edematose. Sono ineguali e simili ad un favo di miele (onde il nome *kerion*) e stipate di punti giallastri, suppuranti, o, più tardi, pieni di piccole cavità o fori, le aperture dei follicoli piliferi distesi privati dei loro peli, che segregano un liquido mucoide, gommoso, simile a miele. La secrezione può essere copiosa o scarsa, secondo il grado di disturbo cutaneo.

Le isole per lo più sono più o meno sensibili e dolorose e talvolta sede di prurito e di bruciore. Il corso della malattia è cronico: può continuare indefinitamente a meno che non si fa una cura opportuna. Nei casi gravi e protratti i follicoli piliferi sono distrutti e vi è calvizie. Le cause che producono questa forma della malattia più probabilmente che quella ordinariamente osservata, cioè la tigna tonsurante, non sono note. Si osserva nelle classi superiori e nelle povere, ma senza dubbio è più comune in queste ultime. È rara a Filadelfia; meno rara credo a New-York. Si dee distinguere dall'ascesso sottocutaneo con cui talvolta ha grande rassomiglianza. La cura è quella della tigna tonsurante; io ho trovato specialmente utile l'acido solforoso.

### TIGNA SICOSI.

*Sin.*, Sycosis Parasitica; Sycosis Parasitaria; Sycosis Contagiosa; *Ingl.*, Parasitic Mentagra; Barber's Itch; *Ted.*, Parasitäre Bartfinne; *Fr.*, Trichophytie Sycosique; Sycosis Parasitaire,

La tigna sicosi è una malattia contagiosa, da parassita vegetale, dipendente dal trichophyton, circoscritta alla porzione pelosa della faccia e del collo nell'adulto maschio, caratterizzata da alterazione dei peli e dei follicoli piliferi, da infiammazione della pelle e connettivo sottocutaneo e dalla formazione di tubercoli e pustole.

**Sintomi.** — La malattia generalmente comincia con una o più isole rossastre, leggermente squamose, della grandezza di una piccola moneta, come la tigna circinata. Nel corso di pochi giorni il rossore e la desquamazione divengono più evidenti e si nota tumefazione ed indurimento. Anche i peli sono alterati; sono secchi, fragili, tendono a rompersi e forse sono già cedevoli. Questo stato delle parti progredisce fino a che la pelle in breve tempo diviene chiaramente nodulare e granosa, con punti di pustulazione nelle aperture dei follicoli piliferi. Non solo la pelle ma anche i tessuti più profondi sono attaccati e si producono masse dure protuberanti, grosse, resistenti. La superficie è rosso secura o porporina; ha un aspetto passivamente congesto ed è piena di tubercoli e pustole di varia grandezza, discrete o confluenti,

Le formazioni tubercolari sono caratteristiche della malattia. La loro forma e grandezza variano, ma per la maggior parte sono irregolarmente rotondeggianti e grandi quanto mezzi piselli o mezze ciliege. Per lo più confluiscono, producendo larghe isole, ineguali, granose, occupando in generale una notevole superficie (1). Nei casi rari la lesione può essere unica, della grandezza di una moneta, ben circoscritta e molto elevata, di mezzo pollice. Il grado di suppurazione varia, dipendendo dall'irritazione del fungo e dal grado dell'inflammazione. In certi casi è un sintomo primitivo e progredisce attivamente, formandosi pustole di ogni dimensione intorno ai follicoli. Talvolta queste si rompono e sono seguite da dense croste simili a quelle dell'eczema pustoloso, e possono essere tanto abbondanti da nascondere la vera natura della malattia. Sotto di esse si trova ordinariamente una superficie ineguale, umida od escoriata, rossastra, con punti giallastri, che segregano un materiale filante, glutinoso e somiglia alla superficie del taglio di un fico (onde il nome di sicosi). In altri casi non vi è che leggiera pustulazione, giacchè il processo è piuttosto un indurimento tubercolare delle parti profonde, per tutto il suo corso.

I peli sono alterati totalmente; sono secchi e fragili, curvati o rotti, vuoi nel punto di uscita dal follicolo, vuoi ad una o due linee sul livello cutaneo e si possono svenellare senza dolore. Più tardi cedono spontaneamente, per suppurazione o distruzione cagionata da estrema invasione del fungo e cadono, lasciando la regione in parte o del tutta priva di peli. In altri casi i follicoli piliferi ed i peli sono meno alterati, talchè soltanto qua e là trovansi peli che cedono; la malattia allora occupa un posto intermedio fra la tigna circinata e la tigna sicosi.

Il mento, il collo e la regione sotto-mascellare sono le parti comunemente attaccate; le porzioni superiori delle guance e il labbro superiore raramente son sede della malattia. Questa può manifestarsi in un lato soltanto della faccia o, com'è il corso ordinario, in amendue, non rare volte tutta la regione della mascella inferiore è alterata. Il grado di prurito, di bruciore e di dolore varia; talvolta questi sintomi sono leggeri; in altri casi molesti o imponenti; sono però, in generale, sproporzionati alla gravezza delle lesioni e del disturbo cutaneo. Raramente sono così notevoli come nella sicosi non parassitaria.

Il corso della malattia, per lo più, è cronico. Generalmente bastano poche settimane perchè presenti il suo aspetto caratteristico, dopo di che può continuare a diffondersi o resta inerte secondo le circostanze. Quando si abbandona a sè stessa può durare mesi o anni. Se non si cura bene tende a ritornare. Si può sviluppare da una precedente tigna circinata della parte non pelosa della faccia o di qualche altra regione del corpo; o può presentarsi simultaneamente alla tigna circinata della superficie cutanea generale.

**Etiologia.** — La causa sta nella presenza e sviluppo del fungo *trichophyton* che invade i follicoli piliferi ed i peli. È lo stesso parassita della tigna tonsurante e della circinata. La sua natura parassitaria fu indicata da Gruby nel 1842. È eminentemente con-

(1) Veggasi il mio *Atlas of Skin Diseases*. Tav. 8.



tagiosa, e, nella maggior parte dei casi, si acquista per il contatto delle mani del barbiere. Tutti gl'individui, però, non risentono egualmente le influenze del parassita; di tutti coloro che sono stati esposti al contagio alcuni soltanto contraggono la malattia. Come le altre formazioni vegetali sembra che per il suo sviluppo sia necessario un certo stato speciale della pelle, che è ignoto.

Non è una malattia comune. La sua frequenza varia molto nei diversi paesi; sembra, anzi, che varii nelle diverse regioni del nostro stesso paese. A Boston è comune quasi quanto la tigna tonsurante; su 5000 casi consecutivi di malattie cutanee osservati nell'Ambulatorio White (1) trovò 38 casi di tigna sicosi e 42 casi di tigna tonsurante. Wigglesworth, (2) sopra 1339 casi successivi di morbi cutanei osservò 8 casi di tigna sicosi. A New York la malattia è molto meno frequente: Bulkley (3) non ne osservò che due casi su 1617 di malattie cutanee curate nell'Ambulatorio. A Filadelfia nell'Ambulatorio la proporzione è anche minore; su 1267 ammalati di pelle non vi fu nessun caso di tigna sicosi. In questa città, però, la malattia non è così rara come indicherebbe la suddetta statistica, giacchè, nella mia pratica privata, non rare volte ne ho incontrato esempii. Anderson (4) a Glasgow ebbe 18 casi su 10000 nell'Ambulatorio, e 6 sopra 1000 nella pratica privata. In Francia la tigna sicosi è, senza dubbio, molto più comune che in ogni altro paese; nell'ospedale S. Luigi a Parigi ve ne sono spesso casi; a Vienna, d'altra parte, la malattia si osserva molto raramente.

Si manifesta negli uomini di tutte le classi e in tutti i periodi della vita, quantunque è più comune dai 20 ai 40 anni che dopo questa età. Si osserva nei deboli e nei robusti, e sembra che non sia in nessun rapporto di dipendenza con lo stato di salute generale, e che questo non vi spieghi nessuna influenza.

**Patologia.** — Il fungo penetra nei follicoli piliferi, come nella tigna favosa, profondamente e produce le sue maggiori devastazioni intorno alle radici del pelo. Tanto il follicolo quanto il pelo sono attaccati in tal modo che sorge un'infiammazione seguita da suppurazione follicolare più o meno forte e da infiltrazione generale dei tessuti. La irritazione cagionata dal parassita è grande, poichè produce flogosi del connettivo sottocutaneo e le ben note formazioni tubercolari che sono speciali della malattia. Sono resistenti, relativamente senza dolore e non manifestano che poca disposizione a subir cangiamenti, restando fin che il fungo cresce e sparendo, in ultimo, a gradi a gradi senza lasciare cicatrici.

Sotto al microscopio i peli alterati si vedono gonfi, talvolta contorti e disintegrati intorno alle loro radici; i loro bulbi sono spesso obliterati. Alla parte esterna, massime intorno alla radice e nel corpo di essi, si vede chiaramente il fungo.

In generale è abbondante e consiste di micellii e di spore; queste predominano come nella tigna tonsurante, quantunque, per lo più,

(1) Boston Med. and Surg. Jour., May 18, 1876.

(2) Annual Reports of the Dispensary for Skin Diseases, Boston, 1873, 1874.

(3) American Practitioner, May, 1875, and April and May, 1876.

(4) Lancet, Nov. 11, 1871.

ad un grado minore (per una descrizione del fungo veggasi *Tigna circinata* e *Tigna tonsurante*). Nei peli che non sono stati distrutti ordinariamente il micelio trovasi ramificato nella radice e nella guaina della radice, che spesso vien fuori, coll'estrazione, attaccata alla radice ed al bulbo del pelo. In altri casi il fungo è scarso, variandone la quantità nei diversi peli.

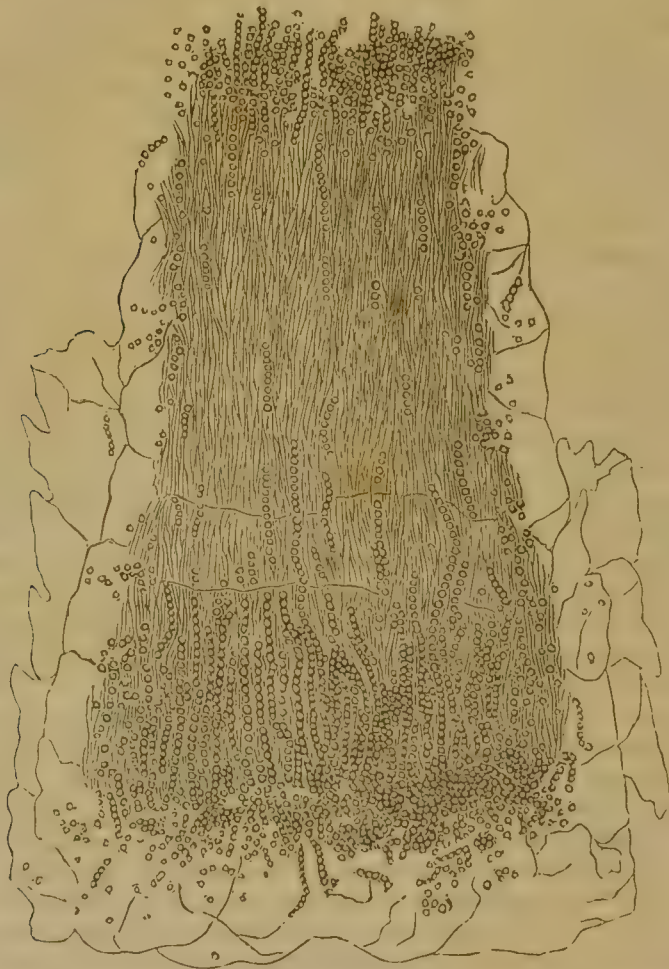


Fig. 8. — *TRICHOPHYTON DELLA TIGNA SICOSI*, (300 Diametri). — Corto pelo della barba, colla guaina della radice attaccata alla radice, che mostra spore libere e catene di spore.

**Diagnosi.** — Talvolta è difficile distinguere la *tigna sicosi* dalla *sicosi* non parassitaria. Le differenze, però, in generale sono così accentuate che è difficilissimo commettere un errore. Nella *tigna sicosi* la pelle ed il connettivo sottocutaneo sono attaccati diffusamente, come rivela l'indurimento e la formazione dei tubercoli caratteristici. Nella *sicosi* non parassitaria la sede del processo è limitata ai follicoli piliferi, giacchè i tessuti circostanti e i tessuti più profondi sono alterati in un grado relativamente leggero. L'infiammazione nella *sicosi* non parassitaria per lo più è attiva, ed è seguita, nella maggior parte dei casi da suppurazione libera; nella

tigna sicosi comunemente è molto meno attiva, è più profonda ed è accompagnata da minore suppurazione. Il dolore o il prurito nella tigna sicosi raramente sono gravi e, per lo più, meno di quel che farebbe supporre l'aspetto della malattia. Nella sicosi non parassitaria nei casi diffusi le sensazioni di dolore e di bruciore talvolta sono fortissime. Il labbro superiore rare volte è invaso dalla tigna sicosi; è molto spesso attaccato nella sicosi non parassitaria.

Nella tigna sicosi i peli sono scuri, secchi, gonfi, spesso contorti e fragili; nella sicosi non parassitaria generalmente hanno un aspetto sano. Nella tigna sicosi sono cedevoli e si possono svenellare senza dolore; nella sicosi non parassitaria spesso sono solidamente impiantati nei loro follicoli. Nella tigna sicosi il microscopio rivela il parassita, la cui presenza stabilisce la diagnosi definitivamente (Veggasi Tigna circinata e Tigna tonsurante).

La tigna sicosi ha anche una certa somiglianza con l'eczema pustoloso della faccia, ma la storia e il corso delle due malattie sono così diverse che è appena permesso di confonderle. L'eczema pustoloso ordinariamente si sviluppa con rapidità, ed è accompagnato da prurito, bruciore, secrezione e formazione di croste. La presenza dell'indurimento e della formazione tubercolare e la cedevolezza dei peli serviranno inoltre a distinguere la tigna sicosi dall'eczema.

La malattia talvolta rassomiglia al sifiloderma vegetante, quando attacca la faccia in forma di papule ipertrofiche, superficialmente erose, simili al lampone, umide o coperte di croste. Nessuna ulcerazione pertanto si forma nella tigna sicosi. Oltre a ciò l'esame microscopico dei peli e la storia chiariranno ogni dubbio. La tigna sicosi cronica circoscritta, in cui forse non vi è che una sola isola, si può confondere col cancro epiteliale; ma, badando alla storia, al corso ed alle note cliniche della malattia, è probabile che non avvenga errore.

Si può anche confondere con l'acne indurato, da cui, però, si può distinguere perchè non appare mai sulle parti non pelose della faccia, come le guance e la fronte, sedi ordinarie dell'acne. Nei casi dubbi in cui, per esempio, l'acne si mostra sul collo, si debbono esaminare i peli col microscopio.

**Cura.** — Sono richiesti la depilazione e l'uso dei parassitici. Quando vi sono croste si devono rammollire con un'unzione di olio di mandorle o di olive, ed allontanare con le lavande, fatte per mezzo del sapone molle o dell'acqua calda; dopo di che bisogna radere i peli. Questa operazione del radere è una parte importante della cura. L'operazione si deve eseguire quasi un giorno sì e uno no, lasciando un intervallo di tempo che lasci crescere tanto il pelo da poterlo svenellare. L'operazione può essere alquanto dolorosa, ma, dopo poco tempo, si può eseguire con facilità. Raramente il dolore è tale che l'infermo vi si oppone. Dopo si applica uno dei parassitici. Nel giorno seguente si fa una depilazione completa nel modo descritto a proposito della cura della tigna favosa. Lo stato dei peli è variabile; talvolta sono cedevoli in tutte le parti alterate e si possono estrarre con facilità, mentre, in altri casi, sono tali soltanto qua e là. Il loro stato è relativo esclusivamente al modo con cui il parassita ha attaccato la pelle ed i follicoli, cioè se superficiale o profondo. Il radere e la depilazione in giorni al-



ternanti si debbono continuare finchè non si mostrano capelli nuovi sani.

Nella scelta del parassiticida bisogna badare al periodo della malattia, alla sua estensione ed allo stato generale della superficie cutanea. Secondo i casi si può scegliere un preparato debole o forte; per i primi pochi giorni è bene di non usare rimedii troppo stimolanti. Il sublimato corrosivo, 6 o 12 centig. per 31 gr. di acqua o di alcool, costituiscono un eccellente lavanda, buona per qualsiasi periodo della malattia. Il solfato giallo di mercurio, in forma di unguento 1<sup>ra</sup>,80 per 31 gr., si può usare spesso con ottimi risultati. Fra i rimedii più miti l'iposolfito di soda, in forma di unguento o di lavanda 3<sup>ra</sup>,80 per 31 gr.; e l'acido solforoso, a dose concentrata o allungata, sono utilissimi. Oltre a questi rimedii si può usare qualcuno di quelli raccomandati per altre malattie da parassiti vegetali. Qualunque sia il rimedio scelto si deve applicare completamente, due o tre volte al giorno, in modo che penetri nei follicoli piliferi.

**Prognosi.** — La malattia talvolta è ribelle; possono essere necessari uno o due mesi per ottenere la guarigione. Possono avvenire le recidive se si neglige la cura o se si sospende troppo presto. Bisogna continuare l'operazione del radere per parecchi mesi dopo che è scomparsa ogni traccia della malattia.

### TIGNA VERSICOLORE.

*Sin.*, Pitiriasi versicolore; Chloasma (Wilson); Mycosis Microsporina; *Ted.*, Kleinflechte; *Fr.*, Pityriasis Versicolor.

La tigna versicolore è una malattia da parassita vegetale prodotta dal microsporon furfur, caratterizzata da macchie di varia grandezza, irregolarmente fuffacee giallastre, che si presentano, per la maggior parte, sul tronco negli adulti.

**Sintomi.** — La malattia comincia con la formazione di macchie quanto una testa di spillo o un mezzo pisello, giallastre, sparse ordinariamente qua e là sopra la regione alterata. Nel corso di poche settimane o mesi aumenta più o meno la loro grandezza, e subiscono certi cangiamenti, per cui la malattia mostra le seguenti note più definite. Come si osservano ordinariamente le lesioni variano molto per grandezza; talvolta sono quanto un mezzo pisello o quanto un'unghia; in altri casi molto più estese. Non di raro confluiscono e formano isole che possono occupare una larga superficie, come, ad esempio, la maggior parte del petto. La loro forma, ordinariamente è rotondeggiante; più tardi, quando hanno confluito nella maggior parte dei casi questa forma è scomparsa, e, invece, vi sono isole a contorno irregolare. Il perimetro delle macchie primitive e delle grandi isole posteriori generalmente risalta bene sulla pelle sana, massime su quel campo di alterazione che si sta diffondendo sopra nuovi territorii. Il numero delle lesioni varia; ve ne possono essere due, tre o mezza dozzina, o d'altra parte, come è il caso ordinario, molte. Sono giallo-pallide, color di camoscio, brune o giallo-brunastro pallide. Talvolta hanno una tinta rossastra dovuta all'iperemia. Negli infermi che sono robusti e in quelli che perspirano liberamente non di raro si osserva una tinta rossastra massime nell'estate. Talvolta nelle pelli sensibili le lesioni diven-

gono sede di notevole irritazione ed iperemia, nel quale caso possono assumere un aspetto variegato biancastro e roseo, e possono essere inoltre leggermente elevate. Nella forma ordinaria della malattia però, sono tanto poco elevate sul livello della cute circostante da essere appena percettibili.

Le isole sono sede di una desquamazione furfuracea più o meno avanzata, che varia secondo l'uso delle lavande e secondo la perspirazione ed il grado di grattamento a cui sono state assoggettate. Talvolta hanno un aspetto levigato, ma sempre si possono scovire le squame stropicciando o grattando la superficie. Esse sono fine e di natura polverulenta e farinosa. Le isole sono composte totalmente da queste squame che, quantunque più o meno aderenti alla pelle, si possono facilmente asportare con l'unghia. Sulla superficie umida esse aderiscono, si condensano e cadono in forma di masse o di falde simili a sostanza caseosa molle.

La malattia è speciale nelle regioni su cui si mostra. Le sue sedi favorite sono il petto, l'addome, gl'inguini, le ascelle e le braccia. Si osserva anche sul collo, sul dorso e sulle cosce. D'altra parte non si osserva mai sul cranio, sulla faccia, sulle mani e sui piedi. Praticamente guardata è una malattia del tronco (1). Non mostra tendenza ad attaccare quelle regioni che sono esposte alla luce ed all'aria. Talvolta, nei casi di lunga durata, tutto il tronco, dal collo agli inguini, il dorso ed il petto sono attaccati e formasi quasi una superficie continua di tigna versicolore. Le lesioni non hanno tendenza alla simmetria; infatti sono, per lo più, molto irregolarmente distribuite e, quando sono estese ed in forma di grandi isole, danno alla pelle un aspetto di carta geografica.

Il prurito, il cui grado varia molto, spesso non manca. La sua intensità dipende dall'attività della malattia. In taluni casi è notevole; in generale è più accentuato negl'individui forti che nei deboli. D'altra parte non sono rari i casi in cui non vi è prurito. Il corso della malattia è variabile; talvolta si diffonde rapidamente, in altri casi con molta lentezza; in generale è una malattia persistente; se non si cura può continuare per un periodo indefinito. Non sono rari gli esempi in cui ha durato per molti anni. Le recidive sono frequenti, anche in quei casi in cui la cura è stata ben fatta.

**Etiologia.** — La causa della malattia sta nella presenza, sulla superficie della pelle, di un parassita vegetale chiamato *microsporon furfur*. Fu scoperto da Eichstedt di Greifswald nel 1846 (2). La malattia è contagiosa comechè in molto leggero grado e soltanto in favorevoli condizioni. Talvolta s'incontrano casi in cui è stata comunicata dal marito alla moglie e viceversa; anche da sorella a sorella e da fratello a fratello, massime se dormivano nello stesso letto. Questi casi, però, sono eccezionali. Le sue proprietà contagiose sono, quindi, deboli, e, sotto questo aspetto, differisce dalle altre malattie da parassiti vegetali. Ordinariamente si osserva in individui che hanno da 20 a 40 anni. Raramente, se

(1) Veggasi tav. G nel mio *Atlas of Skin Diseases*.

(2) Froriep's *Neue Notizen aus dem Gebiete der Natur- und Heilkunde*, Bd. xxxix, p. 270.

non mai, ha luogo prima della pubertà, è raramente dopo i 50 anni. Io non l'ho mai osservata nei fanciulli. Ambo i sessi sono quasi egualmente attaccati. Si osserva in coloro che godono il migliore stato di salute e, più frequentemente, credo, in coloro che hanno malattie distruttive, massime la tisi. Lo stato generale degli individui attaccati varia; vi vanno soggetti i ricchi ed i poveri, quelli che hanno l'abitudine di bagnarsi e quelli che si bagnano raramente.

È una malattia comune e si osserva in tutte le parti del mondo, comechè la frequenza è molto varia secondo i paesi. Wilson (1) a Londra notò 131 casi sopra 10000 di malattie cutanee da lui osservati nella sua pratica privata; Anderson (2), a Glasgow, 106 sopra 10000 dell'Ambulatorio. Presso di noi White (3), a Boston, riferisce 13 casi sopra 1000 della sua pratica privata, e 14 sopra 1000 dell'Ambulatorio. Bulkley (4) dà statistiche simili per New-York, avendone osservati 14 casi sopra 1617 nell'Ambulatorio. A Filadelfia, invece, la malattia è, senza dubbio, più frequente che in ogni altra delle sopradette città: nel mio Dispensario per le malattie cutanee ne vidi 33 casi sopra 1267 di malattie di pelle, e, nella Clinica delle malattie della pelle nell'Ospedale dell'Università di Pennsylvania, 21 casi sopra 1205. Secondo le statistiche dell'American Dermatological Association se ne osservarono 177 sopra 16863. Nelle Indie e nei paesi orientali generalmente la malattia è comunissima.

**Patologia.** — Il microsporon furfur consiste di micelii e spore. I primi sono filamenti sottili, di varia grandezza, per lo più corti, che s'incrociano scambievolmente in tutte le direzioni, formando una rete irregolare più o meno intricata. I filamenti variano molto per forma, essi sono dritti o curvi, in forma di bastoncini angolari, contorti, nodosi, forcuti o uncinati ed ondulati. Sono semplici, vuoti o contengono, qua e là, spore e granuli. Le spore, spesso molto larghe, sono segnatamente grosse vicino ai nodi. Le estremità dei filamenti, inoltre, finiscono spesso con un'unica spora. Il diametro dei micelii varia da  $\frac{1}{1400}'''$  (0,0015 m. m.) a  $\frac{1}{550}'''$  (0,0038 m. m.).

Le spore sono piccoli corpi di varia grandezza e forma (come nel caso dell'achorion Schönleini) rotondi, ovoidali o irregolarmente rotondeggianti, molto refragenti, grigiastri o verdastro-pallidi, con o senza nuclei, ed hanno una tendenza accentuata ad aggregarsi e riunirsi qua e là in gruppi. Questa disposizione è speciale e non si osserva in nessuno degli altri parassiti vegetali. Molte spore strettamente congiunte vi sono, per lo più, in queste masse. In ogni punto del campo ammalato vi sono spore libere. La loro grandezza varia molto. Esse misurano da  $\frac{1}{900}'''$  (0,0023 mm.) ad  $\frac{1}{250}'''$  (0,0084 mm.). Il parassita trovasi in ogni periodo di sviluppo dal micelio alla spora, e, con un sufficiente ingrandimento (500) presenta anche

(1) Journal of Cutaneous Medicine, vol. iii. No. 11.

(2) Lancet, Nov. 11, 1871.

(3) Third Annual Report of the State Board of Health of Massachusetts. Boston, 1872.

(4) American Practitioner, May, 1875, and April and May, 1876.



forme più svariate di quelle dell'*achorion schönleinii* (Veggasi figura IX).

Il fungo è lussureggiante ed è sempre in tal numero da non essere difficile scovarlo. Sta nello strato corneo dell'epidermide, di cui s'impossessa completamente. È il più superficiale fra tutti i parassiti vegetali della pelle. Non attacca nè i peli nè le unghie. Or-

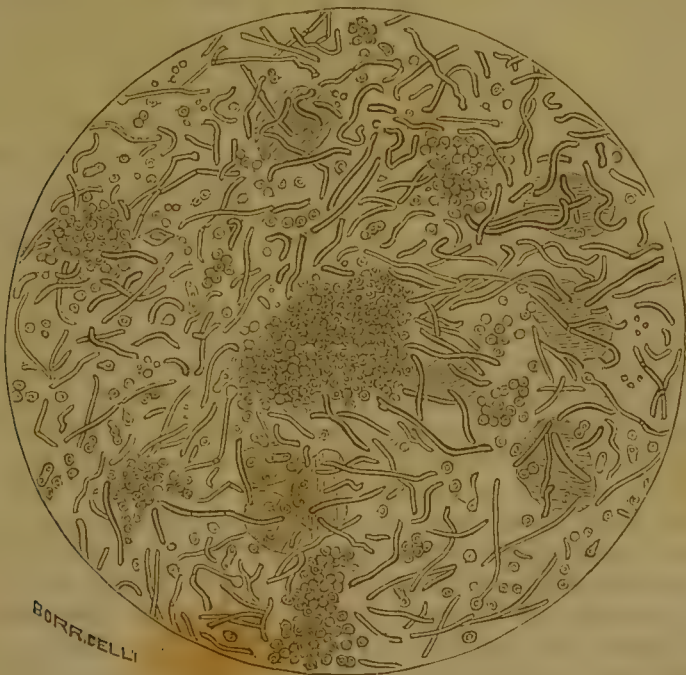


Fig. 9. — *MICROSPORON FURFUR* (500 diametri)  
Si vedono miceli in varii periodi di sviluppo, gruppi di spore e spore libere.

dinariamente non produce sintomi iperemici o flogistici. Talvolta cresce energicamente; in altri casi sembra che si possa appena sostenere. In generale non ha una vita tenace e si può distruggere senza difficoltà con qualunque delle numerose sostanze che hanno un'azione distruttiva sugli organismi vegetali.

**Diagnosi.** — Raramente si prova difficoltà a riconoscere la malattia. Talvolta capitano casi in cui la vera natura dell'alterazione non è evidente per qualche specialità di forma, di grandezza, di colore o di localizzazione delle isole. Se l'isola, però, si sospetta di natura parassitaria, basta fare uso del microscopio per scoprire la presenza del fungo. Il modo di fare l'osservazione è semplice. Si raschiano poche squame dalla superficie con un bisturi a lama ottusa o con l'unghia, e si mettono sovra un portaoggetti con una goccia di liquore di potassa, covrendole con una sottile lastrina. Il saggio si può subito mettere sotto il microscopio ed è necessario che questo ingrandisca da 250 a 500 diametri per poter veder bene il fungo, che, d'altronde, si può scoprire anche con una lente di minor forza. Non si penerà a trovare il parassita giacchè esso è sempre abbondante.

Bisogna ricordarsi della sede della malattia, quasi sempre sul tronco, massime sul petto, e più specialmente ai lati e sull'addo-

me, e bisogna anche tener presente il colore giallastro e brunastro e la desquamazione furfuracea delle isole. Se una di queste si stropiccia o si raschia cadranno le squame in forma di fina polvere; o se, per la perspirazione o per altre cause, la parte s'inumidisce l'epidermide si condensa e si formano falde. Sotto le squame la pelle è rosea o rossastra, secondo il grado d'irritazione.

Bisogna badare a non confondere la malattia con la vitiligo che è di natura totalmente diversa, ma che, nonpertanto, talvolta rassomiglia molto, per alcune sue note, alla tigna versicolore. La vitiligo è una malattia dell'apparecchio pigmentario, la cui sede è nello strato mucoso dell'epidermide, mentre la tigna versicolore, si tenga bene a mente, ha sede nello strato corneo dell'epidermide. Se si raschia coll'unghia una piastra di vitiligo non vien via nessuna squama. Il cloasma è un'altra alterazione pigmentaria con cui si può confondere. Trattasi, come nella vitiligo, di un aumentato deposito pigmentario, e perciò, ha sede nello strato mucoso dell'epidermide. Il cloasma, inoltre, generalmente non occupa le stesse regioni che occupa la tigna versicolore; per lo più osservasi sulla faccia che non è mai attaccata da quest'ultima malattia.

Il sifiloderma eritematoso, nei suoi ultimi periodi, può anche presentare una somiglianza colla tigna versicolore, ma, se si tengono presenti le note caratteristiche della malattia parassitaria, l'errore diagnostico è appena possibile. Nondimeno fa d'uopo dire che, nella pratica, la tigna versicolore non di rado si confonde col sifiloderma. Nella tigna versicolore, il colore giallastro, la varia grandezza e forma e la superficie squamosa delle isole, il loro corso e la loro sede, si debbono tutti tener presenti. Nella sifilide le isole ordinariamente hanno un contorno indistinto; di raro hanno una grandezza maggiore di quella di un'unghia; hanno un aspetto più picchiettato, sono pigmentate e non sono coperte da squame furfuracee; non vi è prurito e, finalmente, si possono presentare sulla faccia, sugli arti, sulle mani, sui piedi e sul tronco. La diagnosi si può sempre definitivamente stabilire col microscopio. Il così detto sifiloderma pigmentario è così speciale, e, inoltre, così raro, che non si può confondere facilmente colla malattia di cui ci occupiamo. Non bisogna dimenticare che la tigna versicolore si può presentare sopra individui sifilitici e non sifilitici; l'essere un individuo sifilitico non implica la proprietà di non contrarre una malattia da parassita vegetale. Finalmente posso aggiungere che ho conosciuto casi in cui le isole di tigna versicolore sono state ritenute per manifestazioni maculose di leprosi; questo errore madornale, però, è inutile dirlo, è quasi impossibile che lo commetta chi è abituato a vedere questa specie di malattia.

**Cura.** — La cura è semplice, ed è seguita da risultati soddisfacenti. Uno qualunque dei parassitici, bene applicati, è tutto ciò che si richiede per allontanare completamente la malattia. Nella scelta di un rimedio si deve badare a preferirne uno che abbia conveniente efficacia e che, al tempo stesso, si può applicare bene dall'infermo. In tutti i casi bisogna prescrivere una rigorosa nettezza della persona. Spesso le sole lavande frequenti con sapone verde ed acqua bastano a far ottenere la guarigione nei casi miti. I bagni alcalini, da 32 a 93 grammi di carbonato di soda ed al-

trettanto di potassa per 135 litri d'acqua sono utili. I bagni di solfuro di potassio, 32 grammi per ogni bagno, si possono anche usare con beneficio. Le strofinazioni ripetute di sapone verde si possono anche fare nel modo seguente. Un pezzo di sapone della grandezza di una noce o poco più, secondo l'estensione della superficie che si deve curare, si deve strofinare bene sulla pelle ammalata, ogni mattina ed ogni sera, per 5 o 6 giorni, applicando ciascuno strato di sapone su quelli che già precedentemente vi erano. Durante questo periodo di tempo l'infermo non deve prender bagni. Dopo si lasciano passare 4 o 5 giorni, a capo dei quali si ordina il bagno; in seguito a ciò, nella maggior parte dei casi, la malattia è scomparsa. Se ancora rimangono le macchie si può ripetere la stessa cura o si può adoperare frequentemente il sapone molle col bagno generale per completare la guarigione.

Buoni effetti si ottengono anche dall'uso di unguenti o di lavande che contengono solfito ed iposolfito di soda. Si possono preparare alla dose di 3<sup>re</sup>,80 per 31 grammi di unguento o di acqua. L'acido solforoso, a dose forte o allungato, è anche un'eccellente rimedio per lavanda. Prima di usare questi preparati la superficie cutanea dev'essere pulita con acqua e sapone molle. Il sublimato corrosivo è anche utile in forma di lavanda, alla dose di 12 o 18 centigrammi per 31 grammi. Anderson (1) dà la seguente formola che egli raccomanda.

Pr. Cloruro corrosivo di mercurio	grammi	1,20
Sapone verde	»	62
Alcool	»	112
Olio di lavanda	»	2
M.		

Questo preparato si deve stropicciare sulle parti alterate mattina e sera. Dicesi che sia anche efficace la tintura di veratro verde. È anche utile l'acido borico in forma di soluzione satura e l'acido acetico allungato. Qualunque rimedio si adoperi è bene continuare con esso la cura parecchie settimane dopo che sono scomparsi i sintomi, per premunirsi contro le recidive che possono avvenire se non si ha questa precauzione. Se l'infermo manifestasse segni di cattivo stato di salute generale e la malattia fosse incurabile, essendovi ripetute recidive, si può ricorrere ai rimedii interni a seconda delle indicazioni.

**Prognosi.** — Questa è sempre favorevole; in un caso ordinario, per lo più, bastano 2 o 3 settimane per ottenere la guarigione, comechè la maggior parte dell'esito dipenda dal modo come si fanno le medicature; se si fanno male, sarà necessario un periodo più lungo di tempo. Si deve dire all'infermo che sono probabili le recidive.

(1) Parasitic Affections of the Skin. Second edition. London, 1868.



## SCABBIA.

*Sin., Ing.* Itch; *Ted.*, Krätze; *Fr.*, Gale.

La scabbia è una malattia contagiosa da parassita animale, prodotta dal *sarcoptes scabiei*, caratterizzata dalla formazione di cuniculi, papule, vescichette e pustole, seguita da escoriazioni, croste e infiammazione cutanea generale, e accompagnata da prurito.

**Sintomi.** — Siccome la malattia ha un aspetto molto diverso, secondo che si osserva nei suoi primi o nei suoi ultimi periodi, sarà necessario descrivere il suo corso dal momento del contagio. Non appena l'acaro si trova sulla pelle comincia la sua opera di intanamento, e quì è il luogo di ricordare che soltanto la femina penetra sotto l'epidermide. Penetrata nella pelle, subito si forma una tana o cunicolo ove deposita molte uova e che serve ad essa di abitazione durante la vita. Si afferma che il maschio non penetri mai nella pelle ma viva alla sua superficie. Varierà la lesione prodotta secondo che l'acaro è penetrato superficialmente o profondamente e secondo la suscettibilità cutanea. Dopo un certo tempo dalla data del contagio un numero variabile di acari sarà nato, e tutti, subito, cominciano a formarsi la loro tana; sicchè i primi sintomi della malattia sono manifestati dalla presenza di una sorgente d'irritazione in varii siti, caratterizzata da formazione di punti minuti, più o meno infiammatorii, di papule e di vescichette. Se allora si esaminano con attenzione qua e là, ordinariamente si può vedere come comincia un cunicolo; quantunque in questo periodo della malattia ha appena raggiunto una certa dimensione. Le lesioni possono essere circoscritte ad una piccola area ovvero essere generali; possono trovarsi sulle mani soltanto, che sono le parti ordinariamente attaccate, o essere distribuite sopra varie regioni. Esse aumentano con rapidità, e, nel corso di 15 giorni o tre settimane generalmente la malattia si mostra nel suo pieno sviluppo. Allora i sintomi consistono in cuniculi distinti, in numerose piccole papule, in vescichette e pustule distese, di varia grandezza, in escoriazioni, in segni di grattamento, in vescichette lacerate ed in pustole con croste, e con croste sanguigne, tutte situate sopra pelle più o meno acutamente infiammata (1). Non una nè due, ma molte lesioni costituiscono il quadro della scabbia quando è pienamente sviluppata. Infatti, la malattia si conosce meglio da questo carattere multiforme delle lesioni.

La scabbia si diffonde di giorno in giorno, sicchè, in ultimo, nel corso di un mese o sei settimane, è attaccata tutta la superficie cutanea, e certe regioni del corpo sono sempre passionate più di altre, mostrando, talvolta, un'estesa infiammazione dei tessuti. Quanto più antica è la scabbia tanto maggiore sarà l'alterazione cutanea, comechè non saranno più distinte le lesioni caratteristiche, giacchè queste, dopo un certo tempo, divengono quasi irrecognoscibili fra le croste e le escoriazioni,

Descritto così il corso generale della malattia è ora il momento di discorrere delle singole lesioni. La tana, solco o cunicolo, com'è

(1) Veggasi il mio *Atlas of Skin Diseases*. Tav. Q.

stato variamente chiamato, lo forma l'acaro penetrando nella pelle, ed aprendosi la via sotto lo strato dell'epidermide, che è molto sollevato. Esso appare come una leggera prominenzia lineare della epidermide, lungo da mezza a 4 o 5 linee, la lunghezza media è una o due linee. Il suo corso, ordinariamente, è irregolare e tortuoso. La tinta è biancastra o giallastra, con un aspetto punteggiato, picchiettato, ovvero è nerastra, giacchè varia secondo l'occupazione dell'infermo e la quantità di sostanza estranea che è accumulata sulla superficie della pelle. Finisce bruscamente a ciascuna estremità mostrando, per lo più, punti nerastri; fra questi i più elevati, e, ordinariamente, i più lucidi, rappresentano l'acaro, che sta impiantato nello strato mucoso dell'epidermide. I solchi, come sopra li abbiamo descritti, per lo più si veggono soltanto sulle dita, giacchè sulle altre parti del corpo si lacerano prima che abbiano avuto il tempo di giungere ad una certa grandezza.

Le papule, le vescichette e le pustole sono speciali, ed il loro aspetto e corso differiscono da quelli che si osservano in altre malattie. Ordinariamente si possono vedere al tempo stesso tutte queste lesioni in varii periodi di sviluppo. Le papule, per lo più, sono numerose, sempre piccole, e, in generale, sono le prime lesioni che si mostrano. Spesso la malattia non va oltre il periodo papuloso. Le vescichette possono essere minute o grosse; ordinariamente hanno varie grandezze e forme. Per lo più hanno una base infiammata e sono molto sporgenti. Spesso si vedono brevi cunicoli sui loro apici, sotto i quali, nelle lesioni recenti, vi può essere ordinariamente l'acaro. Questa è una nota caratteristica della vescichetta di scabbia che può esservi anche nella pustola. Le vescichette possono restar tali o trasformarsi in pustole che, se non sono molestate, giungono alla grandezza di mezzo pisello e più. Quando sono grandi possono avere un contorno più o meno irregolare. Non hanno una regolarità di distribuzione.

Il grattamento che fa l'infermo produce lesioni secondarie, che hanno una parte importante nella malattia. I segni del grattamento consistono in escoriazioni di varie specie; le più importanti sono papule, vescichette e pustole lacerate, lacerazioni dell'epidermide e del derma e follicoli rotti. A queste lesioni seguono croste che si compongono di sangue, siero e pus, di ogni forma e grandezza, e, per lo più sono abbondanti. La quantità di queste è relativa alla lunghezza del tempo da cui dura la scabbia nonchè alla naturale suscettibilità della pelle ed al grado di grattamento a cui l'infermo si è abbandonato. In ultimo l'infiammazione cutanea generale o dermatite, accompagnata da infiltrazione, da ingrossamento e da pigmentazione, si deve anche tener presente. Per lo più tutti i sintomi sopra riferiti sono contemporanei e, per necessità, deve esservi una grande alterazione di tessuti. Questa, però, varia, secondo la sensibilità naturale della pelle, la nutrizione generale e lo stato di salute dell'individuo, l'irritazione meccanica prodotta da una cura mal fatta, il grattamento ed altre circostanze.

Le regioni del corpo attaccate sono caratteristiche; la malattia, per lo più, comincia dalle mani e specialmente dalle dita. Dopo, ordinariamente, sono invasi i polsi, il pene e le mammelle, cui tien dietro una maggiore o minore eruzione su tutti i tessuti più molli

del tronco; i lati delle dita e le pieghe ove esse si congiungono alla mano sono le parti specialmente invase. Nell'uomo, per il contatto che le mani hanno col pene, allo scopo di urinare, questo è quasi sempre attaccato. Nelle donne, ordinariamente, presentano segni della malattia le mammelle, massime intorno e sotto ai capezzoli. In ambo i sessi sono comunemente invasi l'ombelico, le ascelle e le natiche. Le estremità inferiori sono attaccate di raro ad un grado avanzato, tranne nei casi che durano da molto tempo: spesso, però, massime nei fanciulli, sono sede della malattia le dita dei piedi.

Finora non abbiamo discusso che dei sintomi obbiettivi. Ci rimane a parlare dei subbiettivi, caratterizzati principalmente dal prurito che non manca mai in maggiore o minor grado. Comincia non appena è avvenuto il contagio, aumentando gradatamente di intensità fino a che diviene grave. Esso, però, varia molto, secondo la suscettibilità della pelle e secondo il temperamento dell'individuo. È costante ma ordinariamente è più forte la notte.

In coloro che sono predisposti all'eczema, oltre alla semplice dermatite è provocata questa malattia dall'acaro, allo stesso modo con cui la provoca ogni altro irritante che penetra nella cute. Perciò, nei paesi ove la scabbia è comune, non sono rari gli esempi di questa malattia congiunta all'eczema. La complicazione è deplorabile, giacchè, allora, è difficile la diagnosi e la cura. D'altra parte, quando l'infermo non ha una predisposizione allo sviluppo dell'eczema, ritengo che la malattia prodotta dall'acaro è una semplice dermatite caratterizzata dalle lesioni già descritte, che invariabilmente finisce con una guarigione più o meno rapida non appena è stata allontanata la causa. Talvolta la scabbia continua per mesi o anni prima che sia scoperta o curata, nel qual caso i sintomi sono tutti molto gravi (1).

**Etiologia.** — Non vi è che una causa della malattia, cioè la presenza del *sarcoptes scabiei*. Nessuno è immune dalle sue devastazioni. Attacca tutti gli individui indistintamente, semprechè ha l'opportunità di scavarsi un solco nei tessuti. È prodotta esclusivamente da contagio, che può essere diretto o indiretto: si ha il primo quando l'acaro direttamente passa da una persona all'altra, per esempio con una stretta di mano, il secondo ha luogo per mezzo di qualche cosa, che, per un certo tempo, contiene l'acaro, come ad esempio il letto o le vesti. In un periodo consecutivo molta parte delle alterazioni è prodotta dal grattare degli infermi.

Ha luogo in individui di tutte le età, dall'infanzia alla vecchiaia, e in tutte le classi sociali, comechè sia molto più frequente fra le classi inferiori, perchè i poveri badano poco alla nettezza, portano per lungo tempo la stessa biancheria e sono soggetti a cause più frequenti di contagio. È un po' più comune negli uomini che nelle donne, perchè è più facile che gli uomini dormano insieme. È la più comune fra tutte le malattie cutanee delle varie parti d'Europa. A

---

(1) Come un esempio di scabbia cronica possiamo citare la « scabbia norvegiana ». In questi casi, spesso, la malattia avea durato per tutta la vita, era in uno stato d'infiammazione cronica ed era coverta da pustule e croste diffuse.



Glasgow, secondo le statistiche di Anderson (1) ha un'insolita frequenza, essendosene osservati 2527 casi nell'Ambulatorio sopra 10000 infermi di malattie cutanee, e 44 sopra 1000 della pratica privata. A Londra Wilson (2) riferisce 308 esempi sopra 10000 casi di malattie cutanee osservate nella pratica privata. A Parigi e a Vienna la scabbia è comunissima, massime nella prima di queste città.

Negli Stati Uniti attualmente è molto rara e la sua frequenza è molto diversa nelle varie grandi città. Le statistiche dell'American Dermatological Association danno 148 casi sopra 16863. È più frequente nelle città di mare che in quelle interne. White (3), di Boston, ne riferisce 139 casi sopra 5000 di malattie cutanee osservate nell'Ambulatorio esterno del Massachusetts General Hospital. A New York la malattia è più frequente; Bulkley (4), presenta 62 casi sopra 1617 ammalati di pelle osservati nell'Ambulatorio. A Filadelfia, nel mio dispensario per le malattie cutanee, non vi furono che 9 scabbiosi sopra 1267 casi successivi di malattie di pelle, mentre alla Clinica delle malattie cutanee, nell'Ospedale dell'Università di Pennsylvania, non ve ne furono che 3 sopra 1205 casi di malattie cutanee. Durante il periodo dell'ultima guerra civile la malattia fu molto più comune in tutto il nostro paese. La così detta « scabbia d'armata » non presenta nessuna specialità degna di nota e non è altro che una scabbia comune.

**Patologia.** — Qui dobbiamo descrivere l'anatomia dell'acaro, le sue abitudini, la sua casa e le lesioni cui dà origine. Il *sarcoptes scabiei* (chiamato a principio *sarcoptes hominis* da Raspail, ed *acarus scabiei* da De Geer) è un minuto insetto, appena visibile ad occhio nudo, in forma di corpo rotondeggiante bianco giallastro. Appartiene alla classe degli Aracnidi, ordine degli Acari e famiglia degli Acaridei. La femmina è quella che ordinariamente si osserva, giacchè il maschio, probabilmente, non prende parte nelle lesioni cutanee, e perciò si osserva molto raramente. La femmina adulta, sotto il microscopio, presenta un corpo ovoidale, convesso sul dorso, schiacciato sul ventre, con due solchi da ciascun lato e numerose strie trasversali ondulose che decorrono sulla sua superficie ventrale (Vedi fig. X). Sul dorso, vi sono serie di eminenze coniche simili a denti o spine e, da ciascun lato della parte posteriore del corpo, una serie di processi più grandi, in forma di spighe. La testa è piccola, di forma ovale rotondeggiante ed è immediatamente attaccata sul corpo. È una parte complessa costituita di palpi e di mandibole ed è provvoluta di 6 piccoli peli; occhi non ve ne sono, le gambe sono grandi e sono otto, quattro vicine alla testa e quattro posteriormente. Le prime sono corte, robuste, coniche o in forma di capezzoli; sono articolate e provvedute di succhiatoi peduncolati, in forma di coppa, e di setole. Le gambe posteriori partono dalla metà posteriore della parte mediana del corpo. Sono meno grosse di quelle testè descritte, e ognuna delle loro estremità è armata di una lunga

(1) Lancet, Nov. 11, 1871.

(2) Journal of Cutaneous Medicine, vol. iii. No. 11.

(3) Boston Medical and Surgical Journal, Jan. 27, 1876.

(4) American Practitioner, May, 1875, and April and May, 1876.

e curva setola. Oltre alle gambe vi sono setole che escono dal corpo, due da ciascun lato e quattro posteriormente. La femmina è molto più grossa del maschio (quasi il doppio), e varia da  $\frac{1}{7}$ " (0,3022 mm.) a  $\frac{1}{5}$ " (0,4232 mm.) quanto a lunghezza, e da  $\frac{1}{8}$ " (0,2645 mm.) a  $\frac{1}{6}$ " (0,3586 mm.) quanto a larghezza. La struttura generale del maschio differisce poco da quella della femmina; l'ultimo paio di gambe posteriori, però, è provvisto di succiattoj pedunculati invece di setole; gli organi della generazione inoltre, sono molto rilevanti; il giovane, o larva, di ambo i sessi, si può riconoscere perchè ha soltanto due gambe posteriori (1).

La femmina si apre una via allo strato mucoso dell'epidermide forando in direzione perpendicolare lo strato corneo, e, dopo fecondata, comincia subito a deporre le uova e a formarsi contemporaneamente la sua tana. Il numero delle uova depositate è vario;

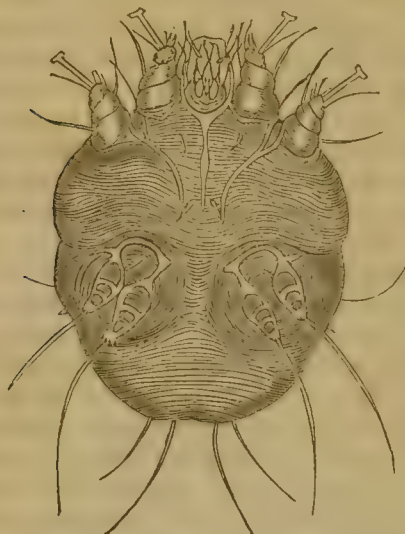


Fig. 10. — SARCOPTES SCABIEL. (125 Diametri). femmina, superficie ventrale.

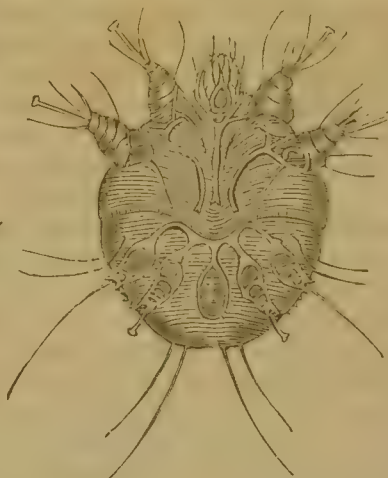


Fig. 11. — SARCOPTES SCABIEL. (125 Diametri). maschio, superficie ventrale (secondo Lanquar (2)).

ordinariamente una dozzina e, dopo che le ha depositate, la femmina muore nella pelle. Le uova sono ovali ed hanno una lunghezza media di  $\frac{1}{12}$ " (0,1763 mm.). Se si escide col bisturi o con le forbici un cunicolo e si mette sotto al microscopio si vedrà che contiene l'acaro, ordinariamente con 10 o 15 uova, disposte in una serie, gusci d'uova più o meno rotti e piccole macchie rotondeggianti, scure, che sono gli escrementi. Le uova schiudono in otto o dieci giorni. La femmina si può prendere pungendo con uno spillo l'estremità cieca dei più lunghi solchi (alla cui estremità si trova sempre l'acaro e sembra un punto biancastro-scuro). Con un po' di

(1) Per un completo trattato sull'anatomia del *sarcoptes scabiei*, veggasi l'eccellente monografia di M. H. F. Fürstenberg, intitolata « Die Krätzmilben der Menschen und Thiere mit 15 lithographirten Tafeln, 10 Umrissfiguren und 3 Holzschnitten. » Leipzig, 1861.

(2) Notice sur la Gale et sur l'Animalcule qui la produit. Avec planches gravées. Seconde édition. Paris, 1859.

pratica non riesce difficile far ciò. Prima di eseguire l'operazione bisogna però accertare il sito preciso dell'acaro. La scabbia è un'inflammatione superficiale della pelle; è prodotta dalle speciali devastazioni dell'insetto e dal grattare che fa l'infermo. Le lesioni provocate, primarie e secondarie, tranne i solchi, sono molto simili, sotto l'aspetto anatomico, a quelle che si osservano in certe varietà di eczema. Il grado di alterazione cutanea varia notevolmente; per lo più è accentuato ed il grado d'inflammatione dipende dalla durata della malattia e, soprattutto, dalla sensibilità della pelle. A questa sensibilità è relativo non solo il grado d'inflammatione ma anche quello del grattamento. Secondo che la pelle è sensibile o no il tipo della malattia sarà comparativamente leggero o grave. Nei casi in cui vi è una predisposizione all'eczema questo sarà senza dubbio provocato, complicando seriamente il corso della malattia originale. Questi casi sono abbastanza comuni nei paesi ove la scabbia è frequente (1).

**Diagnosi.** — Tenendo a mente i varii punti che indicano la presenza della malattia la diagnosi, in generale, è facile. Al tempo stesso non bisogna dimenticare che la malattia si può incontrare in tutti i periodi, da quello che ha nel giorno del contagio a quello del più alto sviluppo, e che i sintomi variano molto secondo la sua data, le influenze cui è stata soggetta ed altre circostanze.

La presenza del solco basta a far fare la diagnosi e si deve ricercare non appena si sospetta la malattia; ma non sempre si trova. Nel primo periodo i solchi tipici non esistono, giacchè si richiede un certo tempo perchè l'acaro li formi; dopo che la malattia ha continuato per un certo tempo, d'altronde, essi si obliterano in gran parte per il grattare che fa l'infermo. Così si comprende che la loro dimostrazione può essere una cosa difficile. I loro resti, pertanto, nei casi antichi ordinariamente si possono trovare. L'acaro, per lo più, si può estrarre con uno spillo da una vescichetta o solco recente; però, ove non si riuscisse in ciò, non bisognerebbe modificare la diagnosi, giacchè vi è bisogno di un occhio acuto e di una certa abilità per prendere l'acaro, pur quando si vede chiaramente. I supposti solchi, inoltre, dietro un'ispezione più intima, si può vedere che non sono altro se non linee di epidermide abrasa, più o meno pieni di materie estranee. Non sempre si vedono con facilità; talvolta sono resi oscuri dall'occupazione dell'infermo. Sono numerosissimi ed accentuati quando la pelle è sottile ed è difesa dalle influenze esterne. Nella maggior parte dei casi si scovono sui lati delle dita.

La regione del corpo attaccata deve sempre essere un indizio per la scabbia. Le mani, i polsi, le avambraccia, il pene, le mammelle e i capezzoli nella donna, le natiche in ambo i sessi, massime nei fanciulli, sono tutti più o meno passionati. La faccia ed il cranio restano liberi, tranne se trattasi di bambini. La natura multiforme dell'eruzione, quando la malattia è bene sviluppata, poichè vi sono una generale inflammatione della superficie cutanea, papule, vescichette, pustule, segni di grattamento, escoriazioni, croste di san-

(1) Qui è raro veder l'eczema prodotto dalla scabbia; la malattia, in generale, sparisce rapidamente coll'uso di un opportuno parassiticide, ciò che non avverrebbe se vi fosse l'eczema.



gue e pus, deve inoltre far nascere il sospetto della malattia, massime se ha luogo sulle parti sopradette. La malattia, infatti, ordinariamente si può riconoscere dal quadro generale che presenta. Spesso vi sono anche notizie del contagio.

Vi sono, nondimeno, parecchie malattie con cui si può confondere. È facilissimo scambiare coll'eczema vescicoloso e pustoloso. Come si è già detto, le due malattie possono coesistere; ma questo caso è raro. La presenza dell'acaro, i solchi, le vescichette, le pustole più o meno discrete con punti o linee punteggiate nel loro tetto, tutto indica la scabbia ed esclude l'eczema. La malattia si può distinguere dalla pediculosi per il carattere delle lesioni anatomiche, nonchè per le regioni attaccate. In ultimo si deve ricordare che la scabbia può essere intercorrente in varie malattie cutanee.

**Cura.** — Fatta la diagnosi, la malattia, nella maggior parte dei casi, guarisce rapidamente. Sono necessari i soli mezzi esterni. Prima di prescriverli fa d'uopo tenere presenti diverse cose. L'età dell'infermo, se bambino, fanciullo o adulto, ha una certa importanza riguardo al rimedio da scegliere. La naturale sensibilità della pelle, se delicata e fine o grossolana e scabra, è anche una cosa che devesi determinare. La conoscenza della durata della malattia, nonchè del grado delle lesioni secondarie in forma di escoriazioni, di croste e d'infiltrazione, è del pari importante.

Gli obbietti da raggiungere nella cura sono due, cioè la distruzione del parassita e la diminuzione della flogosi cutanea. Ordinariamente i tessuti artificialmente alterati guariscono subito dopo la distruzione dell'acaro, sicchè nessun rimedio speciale è necessario per questa alterazione infiammatoria. Se, però, insieme alla scabbia vi è l'eczema, o se la scabbia è grave e dura da lungo tempo, possono essere necessarie settimane perchè avvenga una completa guarigione.

Lo zolfo, in qualunque forma, è il rimedio su cui si può contare. È meglio adoperarlo in forma di unguento. La dose varierà secondo il caso; se si usa una dose troppo forte, quando vi è un alto grado d'infiammazione, irrita la pelle. 5<sup>gr.</sup>, 70 o 7<sup>gr.</sup>, 60 per 31 gr., è una dose conveniente nella maggior parte dei casi.

Prima di applicare qualunque unguento di zolfo l'infermo si deve lavare tutto con sapone molle e acqua, e dopo, se è possibile, deve fare un bagno caldo. A ciò seguirà l'applicazione dell'unguento che si deve stropicciare bene e lentamente sovra ogni parte del corpo (tranne sul capo se trattasi di adulti) tenendo sovra tutto di mira le mani, le dita ed altre parti che sono sedi ordinarie della malattia. Per ciascuna applicazione si devono consumare 30 gr. di unguento. Le strofinazioni si devono ripetere ogni sera per tre giorni, dopo i quali si farà un bagno col sapone. Il prurito, ordinariamente, diminuirà molto dopo il primo giorno, comechè non cesserà totalmente fino a che non siano passati alcuni giorni dopo la distruzione dei parassiti, e ciò per l'infiammazione cutanea generale e per l'irritazione esistente. Per ciò le unzioni non si debbono continuare perchè continua il prurito, ma bisogna sospenderle dopo il terzo giorno, almeno finchè non si sia accertato se gli acari sono stati o no distrutti.

Il balsamo del Perù, che per sè stesso è un parassitocida, si può

con vantaggio unire allo zolfo, e così costituisce un eccellente preparato per i fanciulli, secondo la seguente formola :

Pr. Fiori di zolfo	grammi	1,90
Balsamo peruviano	»	1,90
Sugna	»	31
M. F. unguento.		

Lo stirace, che è anche un balsamo, è del pari un eccellente rimedio. È raccomandato da Anderson (1) e da lui è preferito allo zolfo: egli l'adopera secondo la seguente formola

Pr. Stirace liquido	grammi	31
Sugna	»	62
Liquesfà e cola.		

Ha il vantaggio di avere un piacevole odore, di essere limpido e di non irritare la pelle. Il catrame, l'olio di cade, il sapone verde, il carbonato di potassa, la calce, il petrolio, gli oli essenziali e la stafisagria, si adoperano tutti con successo, con o senza zolfo in varie combinazioni. Eccone qualcuna :

Pr. Carbonato di potassa	grammi	3,80
Fiori di zolfo	»	7,60
Sugna	»	46
M. F. unguento.		

Questo è l'unguento di Helmerich modificato da Hardy, e si adopera a Parigi nell'ospedale S. Luigi. L'infermo si deve stroppciare con sapone verde per mezz'ora, e dopo si mette in un bagno caldo dove si lascia per un'altra mezz'ora, e dopo si strofina col sopradetto unguento, e la cura è completata. Questa specie di cura, quantunque sia rapida e, in generale, efficace, è, al tempo stesso, alquanto irritante per la pelle. Fu applicata la prima volta da Hardy, e, per uno spedale ove capitano molti casi, soddisfa allo scopo (2).

L'unguento di Wilkinson, modificato da Hebra, è un preparato molto in voga nell'Ospedale Generale di Vienna; ecco la formola di Hebra.

Pr. Fiori di zolfo		
Olio di cade ana	grammi.	7,60
Creta preparata	»	9,50
Sapone verde		
Sugna ana	»	31
M. F. unguento.		

Gli infermi si debbono strofinare mattina e sera per due giorni,

(1) Treatment of Diseases of the Skin. London, 1872.

(2) Nell'Ospedale S. Luigi di Parigi il numero degli scabbiosi è molto grande; non di rado ve ne capitano 50 casi al giorno. Essi non vengono ricevuti nello Ospedale, ma sono curati nel sopradetto modo in una sezione dell'Ospedale destinata a questo scopo.

dopo di che si farà sosta per una settimana, passata la quale si ordina un bagno caldo e la cura è finita. Il preparato, benchè efficace, non è elegante; è più opportuno per gli ospedali che per la pratica privata.

L'infermo deve sempre essere avvisato che la malattia è di natura contagiosa. È bene portare la stessa biancheria durante la cura e dopo tenerla immersa nell'acqua bollente.

**Prognosi.** — Questa è sempre favorevole; ordinariamente basta una settimana perchè la malattia guarisca, quando non dura da molto tempo. Se vi sono accentuate lesioni secondarie può essere necessario un tempo più lungo perchè la pelle ritorni al suo stato perfettamente sano. Le recidive hanno luogo soltanto nei casi in cui la cura è stata fatta imperfettamente, o quando l'individuo ha tornato a contrarre la malattia.

**LEPTUS.** — Il professore Riley (1), di St. Louis, descrive due specie di leptus che attaccano l'uomo, negli Stati Uniti, e che sono amendue comuni nei nostri Stati del Sud-Ovest.

*Leptus americanus*, o acaro americano della mietitura. — Questo è un insetto minuto, vivace, rosso-mattone, piriforme-allungato, con sei lunghe gambe, appena visibile ad occhio nudo. Si trova sul cranio, sulle ascelle e in altre parti del corpo, e più spesso nei fanciulli che negli adulti. Esso non penetra completamente nei tessuti, ma insinua soltanto la parte anteriore del corpo sotto la pelle, producendo una piccola papula infiammatoria.

*Leptus irritans* o acaro irritante della mietitura (2). — Questo è meglio conosciuto e differisce dal precedente soltanto perchè ha una forma ovale rotondeggiante. Dà origine a notevole molestia, penetrando nella pelle e cagionando irritazione ed infiammazione caratterizzata da papule, da vescichette e da pustole. Attacca specialmente le caviglie e le gambe. Si osserva nella state e nell'autunno nei campi di grano, nei bassi cespugli, sull'erba, lungo le sponde dei fiumi e nei siti pantanosi. Si dice che sia comunissimo lungo il Mississippi. L'acaro rosso che si osserva nei pantani e nei terreni bassi della Pennsylvania, della New Jersey e del Delaware, massime nei rovi, probabilmente è della stessa specie. La malattia si cura bene con un parassitocida blando, per esempio, con un unguento debole di zolfo, allo stesso modo che nella scabbia.

**PULEX PENETRANS, RHINOCOPRION PENETRANS, O PULCE DELLA SABBIA.** — Questo insetto (chiamato anche « chigoe », « chigger » e « jigger ») è piccolo, quasi microscopico, simile per l'anatomia generale alla pulce comune. Ha però una proboscide che è lunga quanto il suo corpo. Perfora e scava la pelle e, nel corso di pochi giorni, produce una dolorosa infiammazione accompagnata da grosse vescichette o pustole e, talvolta, da estesa ulcerazione. La sola fem-

(1) American Naturalist, vol. vii. p. 16.

(2) Questo ha intimi rapporti colla specie che si osserva nelle varie parti di Europa, conosciuta col nome di *Leptus* (o « *acarus* ») *autumnalis*. È anche chiamato « Cimice della mietitura » e « acaro del falciatore ». In Francia lo chiamano « rouget ».



mina fecondata penetra nella pelle e produce la malattia. Attacca i piedi e soprattutto le dita, sotto l'unghia e lungo i suoi lati, ove si depositano le uova.

Si osserva soltanto nei paesi tropicali; è comune nelle Indie Occidentali e nell'America Centrale e del Sud. Dicesi che vi sia anche nella Florida (1). La cura consiste nell'estrarre l'insetto che vien via in forma di sacchetto quanto un piccolo pisello, ed ha lo addome enormemente disteso dalle uova. Intorno ai piedi si ungono varii olii essenziali per premunirsi contro gli attacchi del parassita.

**FILARIA MEDINENSIS.** — Questo parassita (conosciuto anche col nome di « Verme della Guinea » e di « dracunculus ») trovasi soltanto nei paesi tropicali e, più specialmente, lungo la costa occidentale dell'Africa, nel Senegal e nella Guinea, e nell'Egitto, nella Persia e nelle Indie. Attacca la pelle dando origine a notevole infiammazione che si manifesta in forma di una specie di furuncolo o di tumore doloroso. Il verme sviluppato ha circa mezza linea o tre quarti di linea di grossezza, e la sua lunghezza varia da parecchi pollici a tre piedi secondo l'età. Ha una forma schiacciata, rotondeggiante, assottigliata agli estremi ed ha un colore bianco latteo. Il verme giovane, quando ha una grandezza microscopica, s'apre una via forando la pelle e i tessuti più profondi e vi stabilisce la sua dimora. Resta nel tegumento in uno stato latente per un lungo periodo, ordinariamente per mesi, durante i quali cresce fino alla grandezza sovraindicata. Presto o tardi ha luogo un'infiammazione in forma di tumore acuminato accompagnato da dolore e gonfiore più o meno forti e che si rompe mostrando la presenza del verme. In ciascun tumore vi è un verme solo, quantunque un certo numero di essi possa infestare diverse regioni del corpo al tempo stesso. Le estremità inferiori, massime i piedi, sono le parti generalmente attaccate. La malattia, per lo più, si contrae nei luoghi paludosi e nei terreni bassi. La cura consiste nello estrarre il verme pollice per pollice, di giorno in giorno, non appena si mostra alla superficie cutanea, badando di non rompere il verme durante l'operazione. In un caso curato da Tilbury-Fox con l'amministrazione interna di assa fetida a larghe dosi, come propose Horton, tenendo un cataplasma sul tumore, in cinque giorni il verme era uscito per un pollice e mezzo dalla pelle e, nel sesto giorno, si trovò che stava nel cataplasma (2).

**CYSTICERCUS CELLULOSAE.** — Recentemente Lewin (3), Guttman (4) e Schrift (5) hanno riferito casi di cisticerchi nella

(1) Nei nostri stati del Sud vi è un piccolo insetto chiamato dagli indigeni «jigger», che, pertanto non si deve confondere con la pulce della sabbia. È un acaro rosso e, probabilmente, è il *leptus irritans* sopradescritto.

(2) *Lancet*, March 8, 1879.

(3) *Charité Annalen*, 1877, p. 609. Veggasi anche Viertelj. für Derm. u. Syph., Jahrg. IV., Heft 4.

(4) *Berlin. Klin. Wochenschr*, Nro. 26, 1877.

(5) *Viertelj. für Derm. u. Syph.*, Jahrg. VI., 1879, p. 275.

pelle e nei tessuti sottocutanei. La malattia è caratterizzata da tumori più o meno numerosi, la cui grandezza varia da quella di un pisello a quella di una nocciuola, e stanno piuttosto sotto che nella pelle. Sono rotondeggianti o ovoidali, levigati, elastici, resistenti o anche duri e mobili. Di quando in quando, ordinariamente, si mostrano nuovi tumori. Non sono dolorosi alla pressione, ma vi può essere un po' di dolore spontaneo. Quando hanno raggiunto una certa grandezza possono restare immutati per anni. Essi si possono confondere col lipoma, col carcinoma o col sarcoma; anche con il mollusco sebaceo, con la cisti sebacea e, specialmente con i tumori sifilitici. L'esame microscopico rivela la presenza del cisticerco.

ESTRO (BREEZE, GAD o BOT FLY). — Questo parassita non di raro attacca l'uomo nell'America Centrale e del Sud e si osserva anche altrove. Le uova sono depositate dalla mosca nella pelle e vi formano gonfiori infiammatorii o tumori simili a furuncoli, col punto centrale, o apertura, che segrega un liquido sanioso. La malattia può anche avere una forma lineare, tortuosa o serpiginosa; con l'andar del tempo si scovre la presenza del verme, o della larva, che si possono spremere fuori o estrarre. Possono esserne attaccate le varie parti della pelle (1) che stanno scoperte, massime il collo, il dorso e le estremità. Walker descrive un caso presentatosi nel Shetland, in cui la parte più bassa del dorso di una donna era la sede della malattia, la quale era caratterizzata da una linea rossastra, purpurea, tortuosa, somigliante ad un vaso linfatico infiammato, dalla cui estremità con la suppurazione, uscì la larva. Secondo il Dr. Walker, la malattia non è comune nel Shetland. McCalmán (2) riferisce anche un caso simile in cui fu estratta una larva dittera. Io, in questa città, ho osservato un caso simile a quello del Dr. McCalmán. La mosca spesso deposita le uova senza che l'individuo se ne accorga. Vi sono parecchie specie di estro che infettano la pelle umana, di cui l'estro bovino è il più comune. Probabilmente non vi è una specie di estro umano.

DEMODEX FOLLICULORUM. — Questo minuto insetto (chiamato anche steatozoa, entozoa, acaro e Simonea dei follicoli) abita i follicoli sebacei della pelle sana e, perciò, non dà origine a nessun sintoma di malattia. Secondo Meguin (3), forma l'unico genere di una famiglia di demodicidi. Sull'uomo si osserva una sola specie; quelli trovati sul cane, sul gatto e sulla pecora ed altri animali sono specie distinte, non trasferibili alla specie umana. È un insetto microscopico, di lunghezza che varia da  $\frac{1}{12}$ " (0,1763 mm.) a  $\frac{1}{6}$ " (0,3526 mm.), ed ha una forma allungata rotondeggiante simile a verme, costituita da un torace, da una testa e da un lungo addome. Si trovano anche altre forme più corte. Dal torace partono otto gambe, corte, robuste, coniche, tutte della stessa grandezza. La larva ha solo sei gambe. L'addome, ordinariamente, è lungo due o tre volte più del torace e finisce con un'estremità assottigliata.

(1) British Medical Journal, February 12, 1870.

(2) Ibid., July 19, 1879.

(3) Journal d'Anatomie, March, 1877.

Il parassita sta nelle glandole sebacee della cute, in ambo i sessi, massime sulla faccia, sul naso, sulle orecchie, sul dorso e sul petto, e vive di sostanza sebacea. Dicesi che non si trovi nei bambini. È totalmente inoffensivo, e si osserva nella pelle sana come in quei casi in cui il sistema glandolare sebaceo è notevolmente alterato, come, ad esempio, nell'acne o nel comedone. Sembra, però, che non tutti gl'individui abbiano questi insetti. È più facile che si trovino sulle pelli grosse, untuose che nelle sottili e secche. S'incontrano almeno due o tre volte su dieci individui. In un follicolo, spesso, ve ne sono due, tre o più. Stanno impiantati nella sostanza sebacea, lungo il follicolo, colla testa diretta in dentro.



Fig. 12. — DEMODEX FOLLICULORUM (300 Diametri); superficie ventrale (secondo Simon).

Non è difficile toglierli dalla pelle. Si può spremere un follicolo o un comedone prominente del naso o della fronte e mettere il contenuto sovra un porta-oggetti con una goccia di olio d'ulive, e dopo, si covre con una sottile lastrina; allora, adoperando una lente che ingrandisce da 100 a 300 diametri, ordinariamente se ne scovrono uno o più. Il parassita fu scoperto da Henle, nel 1841, e circa lo stesso tempo, da Gustavo Simon di Berlino (1).

(1) Veggasi Simon, loc. cit., p. 312.



## PEDICULOSI.

*Sin.* Phtheiriasis; Phthiriasis; Morbus Pedicularis; Pedicularia; Malis Pediculi; *Ingl.*, Lousiness; *Ted.*, Läusesucht; *Franco.*, Phthiriasé; Maladie Pédiculaire.

La pediculosi è un'affezione contagiosa da parassita animale, caratterizzata dalla presenza di pidocchi e dalle lesioni che questi producono, nonchè dai segni di grattamento e dalle escoriazioni, ed è accompagnata da prurito,

**Sintomi.** — Si osservano tre varietà della malattia che si designano secondo i nomi delle specie di pidocchi. I parassiti (che appartengono alla classe degli insetti, ordine degli emitteri e famiglia dei pediculidei) si chiamano pidocchi del capo, pidocchi del corpo e pidocchi del pube e stanno rispettivamente, sul capo, sul corpo e sul pube. Essi producono spesso grandi devastazioni. Cagionano sempre maggiore o minor molestia e, talvolta, molto accentuata. I sintomi cui danno origine sono alquanto diversi, e, perciò, ne faremo una descrizione separata.

**PEDICULOSI DEL CAPO.** — Questa è prodotta dalla presenza del pidocchio del capo (Veggasi fig. XIII). Si trova sul cranio e, ordi-



Fig. 13. — PIDOCCHIO DEL CAPO (25 Diametri); femmina, superficie dorsale.

nariamente, solo in questa regione del corpo. Talvolta, però, nei vecchi, si osserva su tutta la superficie cutanea. Ha una forma allungata ovoidale, consistente nel capo, torace ed addome, il quale ultimo porta da ciascun lato sette evidenti tacche profonde, angolari, ed ha un margine nerastro lineare. Dal torace partono sei gambe, simili per grandezza ed aspetto generale, fornite di robuste articolazioni ed armate di forti artigli e peli. Il capo ha la forma di una ghianda rotondeggiante, ed è munita di due antenne con cinque articolazioni, e da un paio di occhi grossi, neri, prominenti. L'insetto ha un colore grigiastro o cinereo. La sua lunghezza varia da  $\frac{2}{3}$ ''' (1,410 mm.) a 1 e  $\frac{1}{2}$ ''' (3,174 mm.). La femmina è più grande del maschio. Sul dorso del maschio si vede un organo conico o cuneiforme, sproporzionato, grosso, che è il pene. Le uova, comunemente chiamate « lendini » sono corpi notevolmente grossi (quasi  $\frac{1}{2}$  di linea) piriformii o ovoidali, biancastri, che stanno attaccati ai

capelli. Sopra un capello se ne possono depositare uno, due o più. Secondo K ü c h e n m e i s t e r (1), schiudono in 6 giorni.

I parassiti possono essere in piccolo o gran numero secondo la lunghezza del tempo da cui la malattia esiste e secondo altre circostanze. Si trovano su tutte le parti del cranio, ma la sede prediletta è la regione occipitale. Stanno o sulla pelle direttamente o sovra i capelli, ad una notevole distanza dalla superficie cranica. Le uova stanno depositate lungo lo stelo del capello.

I pidocchi del capo si osservano, per la maggior parte, nei fanciulli; si osservano anche negli adulti, massime nelle donne. Non sono rari fra i fanciulli delle classi più povere, massime tra quelli che frequentano le scuole pubbliche. Attaccano il cranio e danno origine a notevole irritazione, prurito e consecutivo grattamento, al quale l'individuo si abbandona tanto da ferire la superficie cranica, ed allora esce un liquido sieroso o purulento misto a sangue, che, col tempo agglutina i capelli e forma croste. Lo stato generale dell'infermo ha anche un'influenza sul corso della malattia; i parassiti, ordinariamente, cagionano maggior danno in quelli che trovansi in mezzo a cattive condizioni igieniche e si nutrono poco, che in quelli di buona salute. In coloro che sono predisposti all'eczema il cranio, nella maggior parte dei casi, mostrerà sintomi accentuati di questa malattia. Una grande parte nella produzione dell'eczema artificiale, che si osserva sul capo dei fanciulli delle classi più povere, l'hanno i pidocchi.

Insieme ai pidocchi si trovano le uova o lendini. Molti di queste si possono ordinariamente vedere in tutti i capelli, a distanza, ed allora sembrano le fini squame della seborrea secca. Generalmente possono trovarsi in certo numero anche quando i pidocchi sono pochi. Quando la malattia vi è da qualche tempo il capo, per lo più, ha un aspetto disgustante e tramanda un odore nauseoso. Se la pediculosi continua il prurito diviene insopportabile; l'infermo non si può frenare dal grattarsi continuamente; è impedito il sonno, l'animo è angosciato e lo stato generale si può più o meno alterare.

**PEDICULOSI DEL CORPO.** — Il parassita è in questo caso il pidocchio del corpo (chiamato anche con maggior proprietà pidocchio delle vestimenta). (Veggasi fig. XIV). Quanto alle note anatomiche è molto simile al pidocchio del capo, comechè sia notevolmente più grosso; la sua lunghezza varia da  $\frac{3}{4}$ ''' (1,157 mm.) a 2 (4,332 mm.). La femmina è più grande del maschio. Ha una forma allungata ovoidale, con sette ben distinte intaccature da ciascun lato dell'addome, che sono meno angolose e più rotondeggianti di quelle del pidocchio del capo. L'addome della femmina è più largo di quello del maschio; ai lati è più profondamente intaccato e, sull'estremità, vi è un'intaccatura di forma triangolare. Il pene nel maschio è notevolmente grosso e cuneiforme, situato sul dorso e parte dalla porzione posteriore della parte mediana dell'addome. Dal torace partono le gambe, tre da ciascun lato, e sono lunghe, articolate e provviste di robusti uncini e di molti piccoli peli. Il capo è protuberante; ha la forma di una ghianda rotondeggiante ed è armato

(1) *The Animal and Vegetable Parasites of the Human Body*, vol. ii. Syd. Soc. Trans. London, 1857.

di due antenne pelose con cinque articolazioni e porta due occhi sporgenti. Il colore del pidocchio quando non contiene sangue è bianco-sporco, cinereo o grigiastro con margine scuro intorno all'addome. La sua abitazione sono le vesti che coprono la superficie cutanea; giacchè vive sugli abiti che stanno a contatto della pelle. Le uova sono depositate sugli abiti e schiudono sovra essi, ordinariamente nelle cuciture.

Alla fine di 5 o 6 giorni i pidocchi del corpo schiudono; essi si riproducono dopo 18 giorni. Leuwenhoek, il quale attentamente studiò le abitudini di questi parassiti, fece il calcolo che due fem-

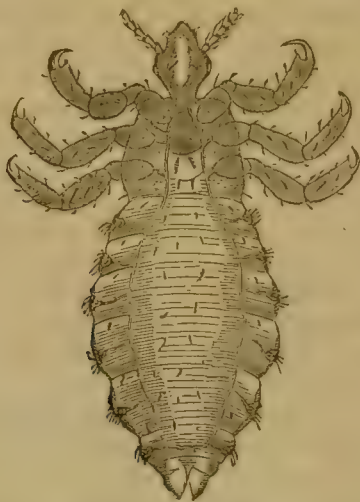


Fig. 14. — PIDOCCHIO DEL CORPO (25 Diametri); femmina, superficie dorsale.

mine possono dar origine in otto settimane a 10000 pidocchi. Quando sono molto numerosi ordinariamente se ne possono vedere pochi sulla cute o formicolanti o nell'atto di succhiare sangue; la maggior parte, però, trovasi sugli abiti, massime nelle pieghe e nelle cuciture della biancheria. Quando si muovono sulla superficie cutanea e attaccano la pelle, danno origine a sensazioni molestissime di prurito. L'infermo si gratta ma non ottiene una calma permanente. A misura che i parassiti si moltiplicano il prurito diviene così violento che la molestia è quasi insopportabile. Il prurito ordinariamente è forte e produce linee e segni di grattamento, escoriazioni, croste sanguigne, pigmentazione, ingrossamento della pelle e pustole con base infiammatoria e formazioni più o meno avanzate.

Le lesioni sono caratteristiche. Sono speciali per il loro carattere multiforme; i segni del grattamento qua e là sono lunghi e in forma di strisce; in altri punti corti e in forma di lacinie. Le escoriazioni e le croste sanguigne sono di tutte le grandezze, da quella di una testa di spillo a quella di mezzo pisello e più, e le pustole hanno un contorno irregolare. Il loro grado varia secondo la durata della malattia e lo stato generale dell'infermo. Con una osservazione più minuta, oltre ai segni di grattamento e ad altri sintomi secondarii, si veggono le lesioni primarie consistenti in minuti punti rossastri con leggere areole, i quali punti sono quelli da



cui i parassiti hanno succhiato il sangue. Le principali sedi delle lesioni sono il dorso massime sulla regione scapolare, il petto, l'addome, le natiche e le cosce. Quando la malattia ha durato per mesi o anni, come talvolta avviene, può avvenire una pigmentazione brunastra di tutta la pelle, effetto della prolungata irritazione e del grattamento. La pediculosi del corpo si osserva per la maggior parte negl' individui di età media e nei vecchi, quantunque nessuno ne sia immune. I fanciulli, però, ne sono attaccati molto raramente. Questa specie di pediculosi è comune fra le classi più povere di tutti i paesi, ma, presso di noi, è di gran lunga meno frequente che altrove; a Filadelfia, relativamente, è rara.

**PEDICULOSI DEL PUBE.** — Il pidocchio del pube; o piattola, (conosciuto anche col nome di *phthirus inguinalis*, *phthirus pubis* e *morpio*) quantunque abbia la sua sede di predilezione sul pube, può anche attaccare le ascelle, la regione sternale nell'uomo, la barba, le sopracciglia e le ciglia. (Vedi fig. XV). È più piccolo del pidoc-

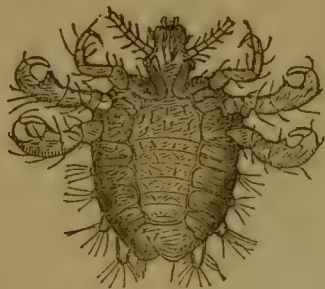


Fig. 15. — PIDOCCHIO DEL PUBE (25 Diametri); femmina, superficie dorsale.

chio del capo e di quello del corpo, poichè misura da  $\frac{1}{2}$ '' (1,058 m.m.) a 1'' (2,116 m. m.). È corto, largo, schiacciato, rotondeggiante o in forma di scudo, con una larga testa, con due antenne, robuste, con cinque articolazioni ed un paio di piccoli occhi. Il torace è corto e si continua coll'addome senza linea di separazione; dai lati del torace partono 6 gambe articolate, pelose, provviste di robusti uncini; il primo paio è sottile, il secondo e il terzo sono grossi. Il margine dell'addome è leggermente dentellato, ed armato di 8 piedi robusti, conici, o in forma di capezzoli prensili, e ciascuno di essi porta da quattro a dieci setole. L'insetto ha un colore grigio giallastro ed è più o meno trasparente; la femmina è più grossa del maschio e, alle estremità addominali, porta un'intaccatura in forma triangolare.

Le piattole o formicolano sui peli o aderiscono intimamente alla superficie cutanea. Per mezzo delle gambe e delle setole si avviticchiano tenacemente alle parti con cui stanno in contatto. Le uova sono piccoli corpi biancastri o giallastri e stanno aderenti ai peli come i pidocchi del capo. Qua e là sulla pelle, massime sulle radici dei peli, si possono vedere minute particelle rossastre e sono gli escrementi dei parassiti.

Infestano principalmente gli adulti e producono sintomi simili a quelli descritti a proposito delle altre specie. Ordinariamente si con-

traggono durante l'amplesso sessuale; talvolta, però, vi sono casi in cui non si sono presi in questo modo, e in cui non si può dare una spiegazione sul modo come è avvenuto il contagio. Il grado dell'irritazione della pelle che producono è vario; talvolta è grave, in altri casi è, relativamente, insignificante.

La causa della pediculosi sta sempre nella presenza dei parassiti. Vi vanno egualmente soggetti tutti gl'individui, robusti e deboli. Come nella scabbia, il contagio diretto o indiretto è il solo mezzo possibile per cui si può contrarre la malattia (1). A questo proposito le lesioni primarie prodotte dal parassita, nonchè le secondarie, possono essere qui descritte. Landois (2) e Schiödt (3) hanno studiato attentamente l'anatomia del corpo del pidocchio. L'ultimo di questi osservatori, i cui studii sono più recenti, è giunto alla conclusione che i pidocchi sono provvisti di un apparato da succhiamento, come la prima volta indicò Swammerdam, e non di una bocca e di mandibole, come comunemente si è supposto. Essendo questa l'anatomia è ovvio che il pidocchio non morde ma inserisce l'apparecchio da succhiamento dentro un follicolo; succhiando ne trae il sangue e produce una lesione che è una leggera emorragia. Questa opinione è condivisa da Tilbury-Fox (4) e da altri, e, senza dubbio, è esatta.

Le lesioni secondarie ordinariamente sono importanti, e sono gli effetti del grattamento sulla pelle. Quanto più lungo è il tempo da cui dura la malattia e più numerosi sono i pidocchi tanto più accentuate saranno le lesioni. Gli attacchi del parassita, massime se trattasi di pidocchio del capo o del corpo, producono uno stato specialmente irritabile della pelle, il quale fa sì che non si possa resistere al desiderio di grattarsi; perciò l'individuo si gratta, a principio, poco, ma, più tardi, in un modo esageratissimo, sicchè nel corso di poche settimane, la superficie cutanea è, generalmente, molto escoriata e lacerata. In certi individui, oltre ad escoriazioni, si producono pustole di ectima. Il grado di pigmentazione varia secondo la durata della malattia e secondo altre circostanze.

**Diagnosi.** — Si possono sempre trovare i pidocchi se si ha un po' di attenzione a scovirli. Spesso sono pochi e, allora, vi bisogna molta ricerca e un'osservazione minuta per poterli trovare. Quando vi è un violento prurito senza notevole eruzione si deve sempre, almeno, ammettere la probabilità della loro presenza e farne una ricerca.

*Pediculosis del capo.* — In questa regione, meno che nelle altre, può sfuggire al medico la malattia. Le uova o lendini, che si possono riconoscere anche a distanza, sono un indizio diagnostico. La regione occipitale, specialmente, è sempre più o meno invasa, e, dividendo ivi i capelli, per lo più si vedono i pidocchi senza ulte-

(1) Non vi è bisogno di dire che sono prive di fondamento le opinioni espresse di quando in quando circa la « generazione spontanea » dei pidocchi, nonchè l'origine entro la pelle o altri tessuti del corpo.

(2) Zeitschrift für Wissenschaftliche Zoologie, Bd. xiv. and xv.

(3) Naturhistorisk Tidsskrift, Ser. 3, vol. iii., Copenhagen, 1864-65; for translation, see Annals and Magazine of Natural History, Ser. 3, vol. xvii., 1866.

(4) Loc. cit., p. 413.

riori ricerche. I segni del grattamento, lo scolo sieroso o sanguigno, l'ingarbugliarsi dei capelli e le croste, in generale neppure mancano. La malattia spesso si confonde coll'eczema vescicoloso o pustoloso. Sotto questo aspetto non bisogna dimenticare che l'eczema non di raro è complicato dalla pediculosi, e ciò in uno dei seguenti due modi; o i parassiti hanno prodotto l'eczema, ovvero, invece, sono stati contratti dopo sorto l'eczema, poichè, allora, il cranio ammalato costituisce una favorevole abitazione per essi: il modo più frequente è il primo. Nell'uno e nell'altro caso è cosa importante determinare quale è stata la malattia primaria.

*Pediculosi del corpo.* — I pidocchi del corpo molto spesso sfuggono alla osservazione perchè non se ne sospetta la presenza. Come si è già detto vivono negli abiti e, quindi, nel farne la ricerca, si deve dirigere l'attenzione alla biancheria. Si devono esaminare le cuciture e le pieghe, massime delle sottocamicie e dei sottocalzoni, giacchè, ordinariamente trovansi ivi. Coadiuvano anche la diagnosi le diffuse escoriazioni e le croste sanguigne sulle spalle e sul dorso, e le tracce delle unghie sopra varie regioni. Infatti, nei casi gravi, questi segni sono caratteristici. Le minute macchie rossastre emorragiche, che indicano i punti ove i parassiti hanno succhiato il sangue, si possono anche scovire. La pediculosi del corpo è stata per lungo tempo confusa con due malattie molto diverse, cioè il prurigo ed il prurito. (Veggansi queste malattie). Basta il dire che un errore diagnostico non può avvenire se si tengono a mente i sintomi della malattia di cui ci occupiamo. I sintomi della scabbia sono diversi da quelli della pediculosi, sicchè è inutile stabilire una diagnosi differenziale.

*Pediculosi del pube.* — Il prurito sui genitali, in ambo i sessi, deve sempre richiamare l'attenzione su queste parti. La diagnosi, secondo ogni probabilità, sarà di una di queste tre malattie, cioè dell'eczema, del prurito o della pediculosi. Talvolta è difficile scovire i pidocchi di questa regione a causa della loro trasparenza e forma schiacciata; inoltre, in generale, aderiscono intimamente alle radici dei peli ed alla pelle, ed allora hanno un aspetto non dissimile da quello delle lentiggini o delle macchie di sudiciume. L'escremento del parassita si troverà qua e là sulle radici dei peli e sulla pelle, in forma di minute particelle rossastre. Le uova si vedono subito come piccoli corpi biancastri o giallastri attaccati ai peli. Bisogna anche ricordare che i pidocchi del pube, non di rado, attaccano anche le ascelle. Quando si trovano nell'una e nell'altra regione ordinariamente producono un grado più o meno forte di irritazione e di molestia, massime la notte; talvolta, però, non producono che molto lieve disturbo cutaneo.

**Cura.** — Questa è semplice, giacchè il suo principale obbietto è di distruggere il parassita e le uova. Le lesioni secondarie di raro reclamano rimedii, giacchè, per lo più, spariscono senza una cura speciale. I varii rimedii usati comprendono i preparati mercuriali, la stafisagria (semi del *Delphinium staphisagria*), il piretro (fiori di *pyrethrum carneum* e del *pyrethrum roseum*), lo zolfo, la sabadilla, il coccus indicus, il tabacco, l'acido carbolico ed il petrolio. Si adoperano in forma di unguenti, di polveri, di lavande, secondo i casi. E appena necessario aggiungere che bisogna badare molto alla nettezza tanto della persona quanto delle vesti.



*Pediculosi del capo.* — Si può seguire uno dei diversi metodi proposti. Si può saturare bene di petrolio il capo, tanto da bagnarne il cranio, e poi si applica una fasciatura che si tiene durante la notte. La mattina seguente si lava bene con acqua calda e sapone molle. Quando i parassiti non sono stati del tutto distrutti si deve riapplicare il petrolio allo stesso modo; bastano una o due applicazioni complete. Bisogna evitare che il petrolio goccioli lungo il collo. Un altro buon rimedio è il decotto o la tintura di *cocculus indicus*. Quando non vi è molta escoriazione della pelle, una lavanda di sublimato corrosivo, 9 a 12 centigrammi per 31 gr. di acqua o con alcool ed uno degli olii essenziali, costituiscono un metodo di cura che non insudicia ed è efficace.

Gli unguenti non hanno i vantaggi delle lavande, perchè impiastriano i capelli. Nondimeno, quando le escoriazioni sono diffuse o quando vi è eczema, spesso si possono applicare con beneficio. In questi casi è utile il precipitato bianco, da 1<sup>ra</sup>,20 a 3<sup>ra</sup>,60 per 31 gr. Si possono anche usare gli unguenti di *sabadilla* o di *stafisagria*. *Squire* raccomanda l'olio di *stavesacre* in forma d'unguento. Le lendini si tolgono con lavande ripetute di sostanze alcaline o acide. Per liberare il capo da questi corpicciuoli molesti sono utili le lavande con la soda o con il borace, col sapone molle, con l'aceto aromatico, coll'acido acetico allungato e coll'alcool. Di raro, se non mai, è necessario tagliare i capelli. Nei fanciulli, in cui le uova sono numerose, forse non vi è ragione a non tagliare i capelli, ma, nelle donne con lunga capigliatura, il sacrificio sarebbe grande e credo che l'operazione non sarebbe permessa. Colla pazienza e col tempo non è difficile liberare i capelli dai pidocchi e dalle lendini.

*Pediculosi del corpo.* — Quando sul corpo vi sono i pidocchi, il primo ed importantissimo passo da fare è di dare un provvedimento circa gli abiti che sempre contengono i parassiti e le loro uova. La cura, infatti, deve essere diretta alle vesti (con tutte le loro appendici) più che alla pelle. Se non si cambiano e si tengono pulite non si può sperare nessun risultato soddisfacente. Esse si debbono far bollire o mettere in un forno a temperatura tanto alta da uccidere il parassita. Nei casi in cui è impossibile che l'infermo abbia abiti convenienti subito si deve applicare sulla pelle un unguento di *stafisagria* polverata, 7<sup>ra</sup>,60 per ogni 31 gr.; esso fa sparire i parassiti e apporta molto sollievo. L'unguento si fa facendo digerire la polvere nella sugna calda e poi filtrandola. La *stafisagria* deve essere fresca.

I bagni di acqua calda e sapone e di bicarbonato di soda, 124 o 186 gr. per bagno sono anche utili a far migliorare le escoriazioni e a calmare il prurito che può continuare dopo che i parassiti sono stati distrutti. Le lavande di acido fenico da 3<sup>ra</sup>,80 e 7<sup>ra</sup>,60 per mezzo litro d'acqua con 16 grammi di glicerina, è anche utile a calmare l'irritabilità della pelle ma, ripeto, sulle vesti bisogna dirigere l'attenzione. In tutti i casi bisogna cambiare spesso le sotto-vesti per i primi pochi giorni, e quelle che si tolgono bisogna farle bollire. Di quando in quando bisogna esaminarle con attenzione, e, se vi si trova un sol pidocchio, bisogna sottoporle allo stesso metodo: se non si presta attenzione a tutte queste particolarità i parassiti possono ritornare. I casi di *pediculosi cronica del corpo*, che

talvolta si osservano e fanno nascere in chi li cura l'idea che non possano essere mai permanentemente guariti si spiegano perchè non si segue qualcuna delle norme sopradette. Bisogna sempre dire agli infermi qual'è la natura della malattia e far loro comprendere che, seguendo con attenzione la cura, in breve tempo guariranno del tutto.

*Pediculosi del pube.* — Si può usare qualcuno degli unguenti o delle lavande sopradette. La tintura di coccus indicus, a dose forte o allungata, e la lavanda di sublimato corrosivo sono rimedii che non sporcano la pelle ed hanno efficacia. Si raggiunge lo scopo anche con l'infuso di tabacco; le parti debbono essere lavate due volte al giorno con sapone molle ed acqua, ed i rimedii si debbono applicare per parecchi giorni dopo che i pidocchi sono stati distrutti, per assicurare una completa distruzione delle uova. L'unguento di precipitato bianco e l'unguento mercuriale sono rimedii ben noti ed efficaci, che qui possono essere fra gli altri ricordati.

**Prognosi.** — Dopo le osservazioni che sono state fatte vi è poco da dire sull'esito della pediculosi. È sempre soddisfacente, ammesso che l'infermo si attenga alle norme del medico. Questa è la cosa talvolta difficile ad ottenere, poichè, in certi casi, non si può eseguire la cura.

CIMEX LECTULARIUS; ACHANTIA LECTULARIA o CIMICE COMUNE — Questo insetto non di raro è di danno alla pelle. Si trova nei letti, nelle loro commessure, nei loro solchi e nelle loro fenditure; si trova anche negli accessori del letto e nella sua biancheria, sulle cuciture e sulle pieghe, nonchè nei crepacci dei vecchi pavimenti e delle pareti delle camere, nelle carte che ricoprono le loro mura, nelle suppellettili e in altri siti simili. Vive col sangue del corpo umano e la sua vita è molto tenace, giacchè si dice che possa stare senza cibo per lungo tempo. Tramanda un forte disgustante odore simile a quello del cinnamomo, che si sente, soprattutto, quando si schiaccia. Le cimici si trovano ovunque, ma, secondo K ü c h e n m e i s t e r, non si trovano nell'America del Sud, nell'Australia e nelle isole del Polinesia.

La lesione cutanea che producono è della natura del ponfo dell'orticaria, e consiste in un'alterazione circoscritta, leggermente elevata, quanto mezzo pisello, eritematosa, con un centro biancastro, e, talvolta, è accompagnata da notevole gonfiore. La lesione è un'emorragia che rimane come un punto rossastro dopo che il ponfo è sparito. La sensazione che accompagna l'atto del succhiare il sangue è quella di una leggera puntura seguita in pochi minuti da evidente prurito e bruciore simile a quello dell'orticaria. Ordinariamente l'individuo si gratta e, al grattamento, talvolta seguono escoriazioni e croste sanguigne.

Fra le classi più povere nelle case affollate e vecchie, di legno, spesso vi sono questi insetti in gran numero, e, talvolta, producono molta sofferenza, massime ai fanciulli. Dicesi che un nemico della cimice sia la tignuola, e, secondo il Professore R i l e y (1), anche il *Pirates biguttatus*, che si trova nei letti infestati dalle cimici nell'Illinois del Sud, nella Louisiana, nel Texas, nella California e nel Messico. Secondo lo stesso autore, il *conorhinus* san-

(1) American Entomologist, vol. i. p. 85.



guisuga è stato trovato nei letti nell' Illinois del Sud e nell' Ohio, ma, probabilmente, non si trova più su verso il Nord. Si dice che questa specie produca lesioni seguite da grave flogosi cutanea.

I morsi delle cimici migliorano colle lavande contenenti alcool, acido carbolico, aceto aromatico, acido acetico allungato, sublimato corrosivo, acqua saturnina, acqua d'ammoniaca e simili rimedii. I migliori mezzi per premunirsi contro le cimici dei letti e di altre parti sono il sublimato corrosivo e la polvere di piretro.

**PULEX IRRITANS o PULCE COMUNE.**—Questo piccolo insetto si trova dappertutto, massime nei climi caldi. Quantunque non provochi seri disturbi cutanei, nondimeno, in certe parti del mondo, massime nei paesi tropicali, è causa di grande molestia. La lesione che produce è una macchia eritematosa, con un punto centrale più scuro, emorragico. I morsi delle pulci si possono confondere colla porpora semiplice, ma basta a determinare la diagnosi l'areola di cui è circondato il punto centrale del morso.

**CULEX, GNAT o MOSQUITO.**—Secondo Packard, la specie tipica del genere culex, a cui appartiene il mosquito, è il culex pipiens. In varie opere sono state descritte più di trenta specie di questo genere, appartenenti all' America del Nord. Il mosquito è comune a quasi tutte le nostre contrade e, non di raro, è origine di notevole irritazione cutanea, cagionando ponfi, le cui note variano secondo la sensibilità della pelle. Il migliore mezzo di calmare il prurito che si manifesta è l'acqua di ammoniaca.

La zanzaretta e la mosca nera degli Stati del Nord e del Canada (amendue specie di Similium) cagionano anche molestia durante i primi mesi dell'estate, dando origine a lesioni simili a quelle del mosquito.

**IXODES o ACARO DEL LEGNO.**—Questi insetti appartengono all'ordine degli Acaridei. Packard (1) li descrive nel seguente modo: «Sono acari di gigantesca grandezza con corpi di una consistenza coriacea. Le mandibole sono simili ad una sega e sono coperte da denti verso l'estremità, con due a quattro uncini terminali e, con una specie di lingua larga in forma di spatola, dentellata, l'insetto forma un becco che spinge nella pelle dell'individuo.» Vi sono parecchie specie d'ixodes che si trovano nei nostri legni e che possono attaccarsi alla pelle umana. Packard descrive l'ixodes unpunctata, che è stata trovata sull'uomo nella Pennsylvania e nel Massachusetts. L'acaro comune bovino, ixodes bovis, osservato negli stati Occidentali e nell'America Centrale, è simile all'ixodes ricinus dell'Europa. Esso conficca la sua proboscide e il capo profondamente nei tessuti e succhia sangue tanto che, molte volte, ha moltiplicato il suo volume naturale. Non si deve mai estrarre con violenza ma si deve cercare che abbandoni la pelle, facendo gocciolare qualche sostanza oleosa sovr'esso, come l'olio di oliva o uno degli olii essenziali.

(1) Guide to the Study of Insects. New York, 1878.



# INDICE

---

Prefazione . . . . .	pag. vii
----------------------	-------------

## PARTE I.

### CONSIDERAZIONI GENERALI.

Anatomia e fisiologia . . . . .	1
Sintomatologia . . . . .	21
Etiologia . . . . .	33
Patologia . . . . .	38
Diagnosi . . . . .	43
Cura . . . . .	49
Prognosi . . . . .	59
Classificazione . . . . .	60

## PARTE II.

### MALATTIE SPECIALI.

---

#### CLASSE I.

##### ANOMALIE SECRETIONIS—ALTERAZIONI DELLA SECREZIONE.

Seborrea . . . . .	63
Comedone . . . . .	73
Milio . . . . .	75
Mollusco Sebaceo . . . . .	76
Cisti Sebacea . . . . .	79
Iperidrosi . . . . .	80
Anidrosi . . . . .	83
Bromidrosi . . . . .	83
Cromidrosi . . . . .	84
Uridrosi . . . . .	85
Sudore Fosforescente . . . . .	86
Sudamina . . . . .	86

#### CLASSE II.

##### HYPERÆMIÆ—IPEREMIE.

Eritema Semplice . . . . .	87
Eritema Intertrigo . . . . .	89

## CLASSE III.

## EXSUDATIONES—INFIAMMAZIONI.

Eritema Multiforme . . . . .	pag. 91
Eritema Nodoso. . . . .	93
Urticaria . . . . .	95
Urticaria Pigmentaria . . . . .	101
Eczema . . . . .	102
Erpete. . . . .	143
Erpete della gravidanza. . . . .	144
Dermatite circoscritta Erpetiforme. . . . .	145
Erpete Zoster . . . . .	146
Erpete Iridato . . . . .	151
Miliare . . . . .	153
Disidrosi,—Ponfolice . . . . .	156
Penfigo . . . . .	158
Lichen Rubro . . . . .	164
Prurigo . . . . .	167
Lichen Scrofoloso . . . . .	170
Acne . . . . .	172
Acne Rosaceo . . . . .	179
Sicosi non Parassitaria. . . . .	185
Impetigo . . . . .	188
Impetigo Erpetiforme . . . . .	191
Impetigo contagioso . . . . .	192
Ectima . . . . .	194
Psoriasi . . . . .	197
Pitiriasi Rubra . . . . .	211
Pitiriasi Maculata e circinata . . . . .	213
Dermatite Desquamativa . . . . .	214
Furuncolo . . . . .	215
Bottone d'Aleppo. . . . .	218
Antrace . . . . .	218
Ferite avvelenate. . . . .	220
Ferite cadaveriche . . . . .	221
Pastula Maligna . . . . .	221
Equinia . . . . .	221
Dermatite . . . . .	222
Dermatite Traumatica. . . . .	222
Dermatite da veleni . . . . .	223
Dermatite Calorica . . . . .	225
Dermatite Gangrenosa. . . . .	225
Dermatite Medicamentosa . . . . .	227

## CLASSE IV.

## HEMORRHAGIÆ—EMORRAGIÆ.

Porpora . . . . .	236
Ematidrosi . . . . .	240

## CLASSE V.

## HYPERTROPHIÆ—IPERTROFIE.

Lentiggine . . . . .	242
Cloasma . . . . .	243

Argiria . . . . .	pag. 246
Nèo Pigmentario. . . . .	247
Callosità . . . . .	248
Clavo. . . . .	249
Corno Cutaneo . . . . .	250
Verruca . . . . .	252
Papillomi . . . . .	255
Dermatite del cuojo capelluto . . . . .	255
Ittiosi. . . . .	255
Cheratosi Pilare. . . . .	260
Scleroderma . . . . .	261
Morfea . . . . .	266
Sclerema dei neonati . . . . .	271
Elefantiasi . . . . .	272
Dermatolisi. . . . .	276
Ipertrofia dei peli . . . . .	277
Ipertrofia delle unghie . . . . .	280

CLASSE VI.

ATROPHIÆ—ATROFIE.

Albinismo . . . . .	283
Vitiligo . . . . .	284
Canizie . . . . .	286
Atrofia della cute . . . . .	287
Strie e Macule Atrofiche . . . . .	291
Atrofia senile . . . . .	293
Alopecia . . . . .	293
Alopecia circoscritta . . . . .	296
Atrofia dei peli . . . . .	301
Atrofia delle Unghie. . . . .	303

CLASSE VII.

NEOPLASMATA—NEOFORMAZIONI.

Cheloide . . . . .	304
Fibroma Mollusco . . . . .	306
Xantoma . . . . .	308
Rinoscleroma. . . . .	311
Lupus Eritematoso . . . . .	312
Lupus volgare . . . . .	316
Scrofuloderma . . . . .	324
Tuberculosi della pelle . . . . .	326
Podelcoma . . . . .	327
Ainhum . . . . .	327
Ulcera Perforante del piede. . . . .	328
Lepra. . . . .	329
Framboesia . . . . .	336
Pellagra . . . . .	337
Sifiloderma. . . . .	338
Carcinoma Cutaneo . . . . .	368
Epitelioma . . . . .	370
Sarcoma Cutaneo . . . . .	377
Nèo Vascolare . . . . .	380
Telangiectasie . . . . .	384
Rosacea. . . . .	384



Linfangioma cutaneo . . . . .	pag. 385
Nevroma cutaneo. . . . .	385
Mioma cutaneo . . . . .	387

## CLASSE VIII.

## NEVROSI.

Iperestesia . . . . .	389
Dermatalgia . . . . .	389
Prurito . . . . .	391
Pruritus hiemalis. . . . .	398
Anestesia . . . . .	400

## CLASSE IX.

## PARASITÆ—PARASSITI.

Tigna favosa . . . . .	401
Tigna circinata . . . . .	407
Tigna embriciata . . . . .	414
Tigna tonsurante . . . . .	414
Tigna kerion . . . . .	420
Tigna sicosi . . . . .	421
Tigna versicolore . . . . .	426
Scabbia . . . . .	432
Leptus. . . . .	440
Pulex penetrans . . . . .	440
Filaria medinensis . . . . .	441
Cisticercus cellulosae . . . . .	441
Estro . . . . .	442
Demodex Folliculorum. . . . .	442
Pediculosi . . . . .	444
Cimex Lectularius. . . . .	451
Pulex irritans . . . . .	452
Culex . . . . .	452
Ixodes. . . . .	452

FINE













